

**T.C.**  
**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI**  
..... Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü  
..... Sosyal Güvenlik Merkezi

Şirketimiz ..... sigorta sicil numaralı çalışanlarından .../.../..... doğumlu ..... 'da şirketimiz adına ... /... /..... - ... /... / ..... tarihleri arası görevlendirilmiş / tarihleri arası uzayan görevi nedeniyle görevlendirilmiş olup görev bitim tarihine kadar gerekli olan ..... formülerinin verilmesini,

Ayrıca, görev bitim tarihine kadar olan primlerinin firmamız tarafından yatırılacağını, görev bitim tarihinden önce personelimizin işten ayrılması halinde Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne/ Sosyal Güvenlik Merkezimize bildirileceğini, konuyla ilgili firmamızın sorumluluğunda olan görevlerimizi yerine getireceğimizi taahhüt ederiz.

Yurt dışı işçi hizmetleri servisine yapmış olduğumuz tüm evrak işlerinde şirketimiz çalışanlarından ..... yetkilidir.

Gereğinin yapılmasını müsaadelerinize arz ederiz.

**Firma Yetkilisinin**  
**Adı Soyadı**  
**Kaşe – İmza**

**Ekler:**

Ek-1: Görev yazısı

Ek-2: Yurt dışındaki işyeri ile Türkiye'deki işveren arasındaki ilişkiyi kanıtlayan belge

Ek-3: Gideceği ülkedeki işyeri bilgileri

Ek-4: Uzayan görev süresi için uzatmaya ilişkin gerekçe



**KENDİ ADINA VE HESABINA BAĞIMSIZ  
ÇALIŞANLAR İÇİN MUVAFAKAT YAZISI**

**CERTIFICATE OF CONSENT FOR SELF-EMPLOYED PERSONS**

Sayı / Number :

Konu / Subject:

**İLGİLİ MAKAMA / TO WHOM IT MAY CONCERN**

Türkiye-Slovakya Sosyal Güvenlik Sözleşmesinin 8 inci maddesinin 2 inci fıkrasına istinaden, daimi olarak ülkemizde ikamet eden ve bilgileri aşağıda belirtilen sigortalı hakkında Slovakya’da bulunduğu ..../..../20.... - ...../..../20.... tarihleri arasında Türk mevzuatı uygulanacaktır.

Under the Article 8 (2) of the Agreement on Social Security between Turkey and Slovakia, ..... who reside permanently in Turkey and whose information is given below shall subject to Turkish legislation during his/her staying in Slovakia between ...../..../20... - ...../..../20... .

Bilgi edinilmesini saygılarımla rica ederim/Respectfully submitted,

Mühür / Stamp  
İmza / Signature

<b>Sigortalının/Insured person's</b>	
<b>Adı Soyadı/ Name&amp;Surname</b>	
<b>T.C. Kimlik Numarası/Turkish Identity Number</b>	
<b>Doğum Tarihi/Date of Birth</b>	
<b>Slovakya’da Bulunduğu Sırada Kendi Hesabına Çalışacağı İşe İlişkin Adres Bilgisi/Address of self-employment in Slovakia</b>	



**GEÇİCİ GÖREVLİLERİN TÜRKİYE'DEN SLOVAKYA'YA GÖNDERİLENLERİN TÜRK MEVZUATINA TABİ KALMAYA DEVAM ETTİĞİNİ GÖSTERİR BELGE**

**DOCUMENT INDICATING THAT EMPLOYEES POSTED FROM TURKEY TO SLOVAKIA CONTINUE TO BE SUBJECT TO TURKISH LEGISLATION**

Sayı / Number :

...../...../20...

Konu / Subject:

**İLGİLİ MAKAMA / TO AUTHORITY CONCERNED**

Türkiye-Slovakya Sosyal Güvenlik Sözleşmesinin 8 nci maddesinin birinci fıkrasına istinaden Slovakya'da geçici olarak görevlendirilen ve aşağıda bilgileri belirtilen Kurumumuz sigortalısı hakkında ....../...../20.... - ....../...../20.... tarihleri arasında Türk mevzuatı uygulanacaktır.

Under the Article 8 (1) of the Agreement between Turkey and Slovakia on Social Security; our member ..... who are posted temporarily in Slovakia and whose information is given below shall subject to Turkish legislation between ....../...../20... - ....../...../20... .

Bilgi edinilmesini saygılarımla rica ederim/Respectfully submitted,

Mühür / Stamp

İmza / Signature

<b>Sigortalının/Insured person's</b>	
<b>Adı Soyadı/ Name&amp;Surname</b>	
<b>T.C. Kimlik Numarası/Turkish Identity Number</b>	
<b>Doğum Tarihi/Date of Birth</b>	
<b>Türkiye'deki İşveren Adı ve Adresi/Name and Address of The Employer in Turkey</b>	
<b>Slovakya'daki Geçici Görev Yeri/Temporary Posting Place in Slovakia</b>	



**MERKEZİ TÜRKİYE'DE BULUNAN ULUSLARARASI TAŞIMACILIK  
İŞLETMELERİNDE ÇALIŞANLAR**

**EMPLOYEES OF INTERNATIONAL TRANSPORTATION AGENCY WHOSE  
HEAD OFFICE IS IN TURKEY**

Sayı / Number :  
Konu / Subject:

...../...../20...

**İLGİLİ MAKAMA / TO AUTHORITY CONCERNED**

Türkiye-Slovakya Sosyal Güvenlik Sözleşmesinin 9 uncu maddesine istinaden bilgileri aşağıda belirtilen sigortalı hakkında Slovakya'da bulunduğu ..../..../20.... - ..../..../20... tarihleri arasında Türk mevzuatı uygulanacaktır.

Under Article 9 of the Agreement between Turkey and Slovakia on Social Security, the insured person whose information is given below shall subject to Turkish legislation during his/her staying in Slovakia between ..../..../20... - ...../...../20...

Bilgi edinilmesini saygılarımla rica ederim/Respectfully submitted,

Mühür / Stamp  
İmza / Signature

<b>Sigortalının/Insured person's</b>	
<b>Adı Soyadı/ Name&amp;Surname</b>	
<b>T.C. Kimlik Numarası/Turkish Identity Number</b>	
<b>Doğum Tarihi/Date of Birth</b>	
<b>Türkiye'deki İşveren Adı ve Adresi/Name and Address of the Employer in Turkey</b>	



**TÜRK BAYRAĞINI TAŞIYAN DENİZ TAŞITLARINDA ÇALIŞANLAR**

**SHIPMEN OF VESSEL BEARING TURKISH FLAG**

Sayı / Number :

...../...../20...

Konu / Subject:

**İLGİLİ MAKAMA / TO AUTHORITY CONCERNED**

Türkiye-Slovakya Sosyal Güvenlik Sözleşmesinin 10 uncu maddesine istinaden bilgileri aşağıda belirtilen sigortalı hakkında Slovakya'da bulunduğu ..../..../20.... - ..../..../20.... tarihleri arasında Türk mevzuatı uygulanacaktır.

Under Article 10 of the Agreement on Social Security between Turkey and Slovakia, the insured person whose information is given below shall subject to Turkish legislation during his/her staying in Slovakia between ..../...../20... - ...../...../20... .

Bilgi edinilmesini saygılarımla rica ederim/Respectfully submitted,

Mühür / Stamp  
İmza / Signature

<b>Sigortalının/Insured person's</b>	
<b>Adı Soyadı/ Name&amp;Surname</b>	
<b>T.C. Kimlik Numarası/Turkish Identity Number</b>	
<b>Doğum Tarihi/Date of Birth</b>	
<b>Türkiye'deki İşveren Adı ve Adresi/Name and Address of the Employer in Turkey</b>	



SOSYAL GÜVENLİK SÖZLEŞMELERİNE GÖRE AKİT ÜLKELERDEN  
GELİR/AYLIK TALEP DİLEKÇESİ

	SİGORTALI	HAK SAHİBİ
1- T.C. KİMLİK NUMARASI		
2- ADI VE SOYADI		
3- AYLIK TALEP TÜRÜ	<input type="checkbox"/> GELİR	
	<input type="checkbox"/> YAŞLILIK AYLIĞI	
	<input type="checkbox"/> MALULLÜK AYLIĞI	
	<input type="checkbox"/> ÖLÜM AYLIĞI	
4- AYLIK TALEBİNDE BULUNULAN ÜLKE		
5- AYLIK TALEBİNDE BULUNULAN ÜLKEDE GEÇEN HİZMET SÜRESİ	---/---/-----'den ---/---/-----'e kadar	
6- AYLIK TALEBİNDE BULUNULAN ÜLKE SİGORTA NUMARASI		
7- YURT DIŞINDA ÇALIŞILAN DİĞER ÜLKELER		
8- YURT DIŞINDAN GELİR/AYLIK ALIYOR MUSUNUZ? EVET İSE HANGİ ÜLKE	<input type="checkbox"/> EVET	ÜLKE ADI
	<input type="checkbox"/> HAYIR	
9- SİGORTALI/HAK SAHİBİ TÜRKİYE'DE AYLIK ALIYORSA ÇEŞİDİ	<input type="checkbox"/> KENDİNDEN	<input type="checkbox"/> EŞİNDEN
	<input type="checkbox"/> ANA-BABADAN	<input type="checkbox"/> ÇOCUKTAN

10- HİZMET DURUMU		
S.S.K. 4/1-(a)	HİZMET SÜRELERİ VE GEÇTİĞİ İLLER	
	İSTEĞE BAĞLI	
	TOPLULUK	
	BORÇLANMA	
BAĞ-KUR 4/1-(b)	HİZMET SÜRELERİ VE GEÇTİĞİ İLLER	
	İSTEĞE BAĞLI	
	TOPLULUK	
	BORÇLANMA	
EMEKLİ SANDIĞI 4/1-(c)	HİZMET SÜRESİ	
	TAHSİS NUMARASI	
DİĞER SANDIKLAR	SANDIK / VAKIF ADI	
	SİCİL NUMARASI	
	HİZMET SÜRESİ	

Yukarıdaki beyanımı doğrular, beyanımda herhangi bir değişiklik olması halinde durumu derhal yazılı olarak Kuruma bildireceğimi, buna göre beyanım esas alınarak akit ülkeden gelir/aylık talebimle ilgili gerekli işlemlerin yapılmasını arz ederim.

Sigortalı veya Hak Sahibinin	Adresi		Adı Soyadı :
	Telefon numarası		İmzası :
	E-posta adresi		
Ek:	1- 2-		Tarih :

**NOT: Bu dilekçe sosyal güvenlik sözleşmelerinin uygulanmasında akit ülke sigorta kurumundan gelir/aylık talebinde bulunanlar tarafından doldurulacaktır. Kurumumuzdan aylık talebinde bulunacakların, ayrıca Gelir/Aylık /Ödenek Talep Belgesi ile başvuruda bulunması gerekmektedir.**