# 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 Müdürlüğünüze/ Sosyal Güvenlik Merkezinize 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

**Sosyal Güvenlik Sözleşmesi İmzalanmış Ülkelerde Sağlık Yardımları Talep ve Beyan Taahhüt Belgesi**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **T.C.**  **SOSYAL GÜVENLİK KURUMU**  **Emeklilik Hizmetleri Genel Müdürlüğü** | | | | | | | Evrak Kaydı (Tarih / Sayı) | | | |
| Sigortalının/Emeklinin Adı Soyadı: | | | | | T.C. No: | | | | Gidilecek Ülke | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | |
| **5510 Sayılı Kanuna Göre Sigortalılık Statüsü** | | | | | | | | | | | | |
| **4/1-(a)** | | | | **4/1-(b)** | | | | **4/1-(c)** | | | | |
| Çalışan | Emekli | | | Çalışan | | | Emekli | Çalışan | | | | Emekli |
| Sosyal Güvenlik Sicil No / Tahsis No : | | | | | | | | | | | | |
| **Belge Talebinde Bulunan** | | | | | | | | | | | | |
| Kendisi | | | | | | | Aile Bireyi | | | | | |
| **Yurt Dışında Bulunma Nedeni**: | | | | | | | | | | | | |
| Geçici Görev | | | Eğitim | | | | Geçici Bulunma | | | Sürekli İkamet | | |
| **Yurt Dışında Geçici veya Sürekli İkamet Edenlerin/Edeceklerin** | | | | | | | | | | | | |
| T.C. No: | | | Adı Soyadı | | | | Doğum Tarihi | | | Sigortalıya Yakınlığı | | |
| 1) | | |  | | | |  | | |  | | |
| 2) | | |  | | | |  | | |  | | |
| 3) | | |  | | | |  | | |  | | |
| 4) | | |  | | | |  | | |  | | |
|  | | |  | | | |  | | |  | | |
| ……../……../……….. - ……../……../……….. süresinde, ’da/de sağlık yardımlarından yararlanabilmek  için durumuma uygun belgenin verilmesini arz ederim.  Yurt dışında sağlık yardımlarından yararlanma hakkımın bulunmadığını, bu hakka sahip olduğumda durumu derhal Kuruma bildireceğimi;Kurumunuz nezdindeki sağlık yardım hakkımın sona ermesi halinde ve yukarıda öngörülen tarihten önce Türkiye’ye dönmem halinde durumu derhal Kurumunuza bildireceğimi; aksi halde Kurumca yurt dışındaki hastalık kasalarına ödenen miktarın tarafıma borç çıkartılmasını, bu borçdan dolayı Kuruma herhangi bir sorumluluk yüklemeyeceğimi,  Beyanlarımın doğruluğunu, gerçeğe aykırılığın ya da bildirmeyi taahhüt ettiğim durumları usulüne göre süresinde bildirmediğimin tespit edilmesi halinde, yurtdışındaki sağlık yardımlarının durdurulacağını, adıma yapılan sağlık yardımlarından dolayı yurt dışındaki hastalık kurumlarına yersiz yapılan ödemeleri Kurumun talebi üzerine 5510 sayılı Kanunun 96 ncı maddesine göre geri ödeyeceğimi, ayrıca hakkımda Türk Ceza Kanununun 204 üncü maddesi birinci fıkrasına göre kovuşturma yapılacağını kabul, beyan ve taahhüt ederim. | | | | | | | | | | | | |
| Talep Sahibinin | | | | | | | | | | | | |
| Ekler: | | | Türkiye Adresi | | | Yurt Dışı Adresi | | | | | Adı Soyadı | |
| 1) | | |  | | |  | | | | |
| 2) | | | Tarih ve İmza  ……../……../……….. | |
| 3) | | |
| 4) | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **T.C.**  **SOSYAL GÜVENLİK KURUMU**  **………………….. Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü ( Sosyal Güvenlik Merkezi)** | | | | | | | **EK - 3** |
| **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 | | | | | GELİR | | | | | |
| YAŞLILIK AYLIĞI | | | | | |
| MALULLÜK AYLIĞI | | | | | |
| 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 | | | | | EVET | | ÜLKE ADI | |  | |
| HAYIR | | | | | |
| 9- SİGORTALI/HAK SAHİBİ TÜRKİYE’DE AYLIK ALIYORSA ÇEŞİDİ | | | | | KENDİNDEN | | | | EŞİNDEN | |
| ANA-BABADAN | | | | 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 : İmzası :  Tarih : | | |
| Telefon numarası | |  | | | |
| E-posta adresi | |  | | | |
|  | Ek: | 1-  2- | | | | | |
|  | **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.** | | | | | | | | | |