|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | T.C  **SOSYAL GÜVENLİK**  **KURUMU**  Emeklilik Hizmetleri  Genel Müdürlüğü | DİKKAT:Bubelgeyi arka sayfadaki açıklamaları okumadan doldurmayınız | Belgenin Düzenlendiği Tarih : **….... / …... / ……..**  Belgenin Düzenlendiği Sayı : . . . . . . . . . . . . . . . . |

**SAĞLIK YARDIMI TALEP VE TAAHHÜT FORMU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| A-GENEL SAĞLIK SİGORTALISININ | | | |
| 1 | Kimlik No |  | İkametgâh Adres: |
| 2 | Sosyal Güvenlik Sicil No |  |  |
| 3 | Aylık Alıyorsa Tahsis No: |  |  |
| 4 | Adı ve Soyadı |  |  |
| 5 | Baba Adı |  | Posta Kodu |
| 6 | Uyruğu(Yabancı Ülke Adı) |  | Ev tel: Cep No: |
| É-posta |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| B-BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLDUĞU EŞ VE ÇOCUKLARIN | | | | | | | |
| 1 | Adı Soyadı | TC Kimlik No | Doğum Tarihi | Sigortalıya Yakınlığı | Öğrenim Durumu | Çalışıp Çalışmadığı | Gelir veya Aylık Alıp Almadığı |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C-BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLDUĞU ANNE VE BABANIN | | | | | | |
| 1 | Adı Soyadı | TC Kimlik No | Sigortalıya Yakınlığı | Gelir veya Aylık Alıp Almadığı | Başka Çocuklarından Sağlık Yardımı Alıp Almadığı | Her türlü Kazançtan ve İrattan Elde Ettiği Gelir Var İse Miktarı |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| D-BEYAN VE TAAHHÜTLER  Bakmakla yükümlü olduğum yabancı uyruklu kişinin vatandaşı olduğu ülkede sosyal güvencesi olmadığını sağlık yardımından yararlanmadığını ve önceden mevcut kronik hastalığının bulunmadığını  Beyanlarımın doğruluğunu, beyanlarımda herhangi bir değişiklik olması halinde durumu derhal yazılı olarak Kuruma bildireceğimi gerçeğe aykırı beyanda bulunmam veya sağlık hak sahipliğinin sona ermesini gerektiren değişiklikleri derhal Kuruma bildirmediğim takdirde tarafıma yersiz olarak yapılan her türlü yardım ve ödemenin karşılığını 5510 sayılı Kanununun 96 ncı maddesine göre ödeyeceğimi ayrıca hakkımda Türk Ceza Kanununun 204 ncü maddesinin birinci fıkrasına göre kovuşturma yapılacağını,  Kabul beyan ve taahhüt ederim.  Tarih: …./…./……  Sigortalının  Adı-Soyadı  İmzası |

NOT. BU FORM WEB SAYFASINIDA BAĞ-KUR(DEVREDİLEN) VE EMEKLİ SANDIĞI (DEVREDİLEN) DE DE YAYIMLANACAKTIR.

|  |
| --- |
| **AÇIKLAMALAR**   1. Bu Form, 5510 sayılı Kanunun 60 ıncı maddesine göre Türkiye’de ikamet eden genel sağlık sigortalılarının bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hak sahipliklerinin oluşturulması amacıyla kullanılır. 2. Bu forma;    1. Yabancı uyruklu bakmakla yükümlü olunan kişiler için Emniyet Müdürlüğünden temin edilen yabancılar kimlik numarası ve ikamet teskeresi,    2. Öğrenim görenler için öğrenci belgesi,    3. Yabancı ülkelerde öğrenim görenler için eğitim gördüğü okulun Türkiye’ deki lise, ön lisans, lisans veya yüksek lisans seviyesinde olduğunu gösteren, YÖK veya Milli Eğitim Bakanlığı, Eğitim Ataşeliği veya Ülkemizin Dış temsilciliklerinden alınacak belge,    4. Malul çocuklar için Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurullarınca düzenlenen ve Kurum Sağlık Kurulunca onaylanan sağlık kurulu raporu,   Eklenir.   1. Genel sağlık sigortalısının, bakmakla yükümlü olduğu kişi Türk vatandaşı ise “D- BEYAN VE TAAHHÜTLER” bölümündeki ikinci kutucuk, yabancı uyruklu ise aynı bölümdeki her iki kutucuk da işaretlenecektir. 2. Kurum, bu formdaki bildirimler ile eki belgelerin doğruluğunu her zaman araştırılabilir. Bildirimlerin gerçeğe aykırı olduğundan şüphe edilmesi, ihbar veya şikayette bulunulması halinde durum sosyal güvenlik kontrol memurlarınca incelenir. 3. Gerçeğe aykırı bildirimde bulunanlara ve durum değişikliklerini derhal Kuruma bildirmeyenlere yersiz olarak yapılan ödemeler yasal faizi ile birlikte geri alınır. Ayrıca, bunlar hakkında Türk Ceza Kanununun 204 üncü maddesinin birinci fıkrasına göre kovuşturma yapılmak üzere ilgili Cumhuriyet Savcılığına suç duyurusunda bulunulur. |