

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

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)
<input type="checkbox"/> Çalışan	<input type="checkbox"/> Emekli	<input type="checkbox"/> Çalışan
		<input type="checkbox"/> Emekli
4/1-(c)		
<input type="checkbox"/> Çalışan	<input type="checkbox"/> Emekli	
Sosyal Güvenlik Sicil No / Tahsis No :		
Belge Talebinde Bulunan		
<input type="checkbox"/> Kendisi		<input type="checkbox"/> Aile Bireyi
Yurt Dışında Bulunma Nedeni:		
<input type="checkbox"/> Geçici Görev	<input type="checkbox"/> Eğitim	<input type="checkbox"/> Geçici Bulunma
		<input type="checkbox"/> Sürekli İkamet
Yurt Dışında Geçici veya Sürekli İkamet Edenlerin/Edeceklerin		
T.C. No:	Adı Soyadı	Doğum Tarihi
Sigortalıya Yakınlığı		
1)		
2)		
3)		
4)		
<p>...../...../..... -/...../..... süresinde,’da/de sağlık yardımlarından yararlanabilmek için durumuma uygun belgenin verilmesini arz ederim.</p> <p>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 borçtan dolayı Kuruma herhangi bir sorumluluk yüklemeyeceğimi,</p> <p>Beyanlarımın doğruluğunu, gerçeğe aykırılığın ya da bildirmeyi taahhüt ettiğim durumları usulüne göre süresinde bildirmedişimin 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.</p>		
Talep Sahibinin		
Ekler:	Türkiye Adresi	Yurt Dışı Adresi
Adı Soyadı		
1)		
2)		
3)		
4)		
		Tarih ve İmza
	/...../.....

**SOSYAL GÜVENLİK SÖZLEŞMESİNE GÖRE ACİL HALLER KAPSAMINDA
SAĞLIK YARDIM BELGESİ**

AÇIKLAMA

Sosyal Güvenlik İl Müdürlükleri / Sosyal Güvenlik Merkezlerinin Dikkatine

- 1- Bu belge, Ülkemize **geçici (turistik amaçlı) olarak gelenlere** akit ülke sigorta kurumlarınca verilen, aşağıda ülkeler bazında rumuzları belirtilen sağlık yardım hakkı formüllerleri dikkate alınarak Sosyal Güvenlik İl Müdürlükleri / Sosyal Güvenlik Merkezleri tarafından düzenlenecektir.

Arnavutluk	: AL/TR 4
Bosna-Hersek	: BH/TR 4
Çekya	: CZ/TR 111
Hırvatistan	: HR/TR 3
Karadağ	: MNE/TR 111
K.K.T.C.	: K.K.T.C./T.C. 3
Lüksemburg	: TR/L 3
Makedonya	: MC/TR 4
Romanya	: R/TR 3
Sırbistan	: SRB/TR 111

- 2- Sağlık yardımından yararlanacak sigortalı, aylık sahibi ve aile bireylerinin tamamı, 4. bölüme kaydedilecek ve kaydı yapılanların durumlarına göre “yakınlığı” kısmına kendisi (sigortalı, gelir veya aylık sahibi için) eşi, kızı, oğlu, annesi ve babası olarak belirtilecektir. Kayıt işleminden sonra boş kalan satırlar uygun bir şekilde kapatılacaktır.
- 3- Belge silinti, kazıntı olmadan bilgisayar ortamında eksiksiz olarak doldurulacak ve tek bir yetkili (servis sorumlusu şef/ müdür yardımcısı/ müdür) tarafından imzalanıp onaylanacaktır.
- 4- Belgede doldurulması gereken alanlar haricine ilave bilgi veya yazı yazılmayacak ve belgenin orijinal hali korunacaktır.
- 5- 3. bölüme belgeyi düzenleyen SGK birimindeki dosya numarası mutlaka yazılacaktır.



SOSYAL GÜVENLİK SÖZLEŞMESİNE GÖRE SAĞLIK YARDIM BELGESİ

NOT Bu belgenin arka sayfadaki açıklamalar dikkate alınarak doldurulması gerekmektedir.

1	Sağlık Yardım Hakkını Veren Ülke Adı :
2	Sağlık Yardım Hakkı Formülerinin Rumuzu :
3	<input type="checkbox"/> Sigortalı <input type="checkbox"/> Gelir / Aylık Sahibi
	Adı ve Soyadı :
	Doğum Tarihi :
	Dosya Numarası :

4 SAĞLIK YARDIMINDAN YARARLANACAK OLANLAR HAKKINDA BİLGİLER			
Adı ve Soyadı	D. Tarihi	T.C. Kimlik No	Yakınlığı
Türkiye'deki İkamet Adresi		Telefon Numarası	

5	BİLDİRİM
5.1	4. bölümde kayıtlı kişi / kişilerin/20.. tarihinden/20.. (dahil) tarihine kadar Kurumumuz (SGK) mevzuatına göre sağlık yardım hakkı / hakları vardır. Tıbben gerekli görülen haller kapsamında sağlık yardımı verilmesi.
5.2	Acil haller hariç, protez yardımı yapılmadan önce 6. bölümde kayıtlı SGK biriminden muvafakat alınması gerekir. <input type="checkbox"/> .../.../ tarihinden itibaren iş göremezlik durumunun tespiti ile bu konuda düzenlenecek istirahat raporunun 6. bölümde kayıtlı SGK birimine intikalinin temini gereklidir. <input type="checkbox"/> Sağlık yardımı yalnızca ,..... bağı tıbbi arazlar nedeniyle yapılabilir. <input type="checkbox"/> Tıbbi arazları belirten yazı Ek' tedir.

6	SOSYAL GÜVENLİK İL MÜDÜRLÜĞÜNÜN ONAYI
T.C. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü Sosyal Güvenlik Merkezi	
.../.../20 İmza/ Mühür	

SAĞLIK HİZMET SUNUCULARININ DİKKAT EMESİ GEREKEN HUSUSLAR
<ul style="list-style-type: none"> - Bu belge ile müracaatlarda ilgililerden ayrıca YUPASS numarası istenmeyecek ve sağlık yardımları kağıt ortamında sağlanacaktır. - Bu belgenin aslı hak sahiplerinden alınmayacaktır. Ancak yardımı yapan sağlık kuruluşunun bu belgenin fotokopisini alarak masraf faturaları ile birlikte 6. bölümde kayıtlı SGK biriminin bağı olduğu Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezine intikal ettirme zorunluluğu vardır. - Gerekli görülecek her konuda bilgi almak için 6. bölümde kayıtlı SGK birimi ile temasa geçiniz. - Sağlık yardım masrafları Kurumumuz Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezlerince 6. bölümde kayıtlı İl Müdürlüğüne bildirilecektir.

SOSYAL GÜVENLİK SÖZLEŞMESİNE GÖRE SAĞLIK YARDIM BELGESİ

ACIKLAMA

Sosyal Güvenlik İl Müdürlükleri / Sosyal Güvenlik Merkezlerinin Dikkatine

1- Bu belge, Ülkemize geçici (turistik amaçlı) olarak gelenler hariç olmak üzere;

- Ülkemize geçici görevli olarak gelenlere,
- Ülkemize tedavi amaçlı gelenlere,
- Ülkemizde daimi ikamet edenlere

akit ülke sigorta kurumlarınca verilen, aşağıda ülkeler bazında rumuzları belirtilen sağlık yardım hakkı formüllerleri dikkate alınarak Sosyal Güvenlik İl Müdürlükleri / Sosyal Güvenlik Merkezleri tarafından düzenlenecektir.

Arnavutluk	: AL/TR 4, AL/TR 5, AL/TR 6, AL/TR 10
Çekya	: CZ/TR 111
Bosna-Hersek	: BH/TR 4, BH/TR 5, BH/TR 6, BH/TR 7
Hırvatistan	: HR/TR 3, HR/TR 3-A, HR/TR 4
Karadağ	: MNE/TR 111-A, MNE/TR 112, MNE/TR 113
K.K.T.C.	: K.K.T.C./T.C. 3, K.K.T.C./T.C. 5, K.K.T.C./T.C. 6, K.K.T.C./T.C. 7
Lüksemburg	: TR/L 3, TR/L 4, TR/L 5
Macaristan	: HU/TR 111, HU/TR 112, HU/TR 121, HU/TR 123
Makedonya	: MC/TR 4, MC/TR 5, MC/TR 6, MC/TR 10
Romanya	: R/TR 3, R/TR 4, R/TR 5, R/TR 6
Sırbistan	: SRB/TR 109, SRB/TR 111-A

- 2- Sağlık yardımından yararlanacak sigortalı, aylık sahibi ve aile bireylerinin tamamı, 4. bölüme kaydedilecek ve kaydı yapılanların durumlarına göre “yakınlığı” kısmına kendisi (sigortalı, gelir veya aylık sahibi için) eşi, kızı, oğlu, annesi ve babası olarak belirtilecektir. Kayıt işleminden sonra boş kalan satırlar uygun bir şekilde kapatılacaktır.
- 3- Belge silinti, kazıntı olmadan bilgisayar ortamında eksiksiz olarak doldurulacak ve tek bir yetkili (servis sorumlusu şef/ müdür yardımcısı/ müdür) tarafından imzalanıp onaylanacaktır.
- 4- Belgede doldurulması gereken alanlar haricine ilave bilgi veya yazı yazılmayacak ve belgenin orijinal hali korunacaktır.
- 5- 3. bölüme belgeyi düzenleyen SGK birimindeki dosya numarası mutlaka yazılacaktır.
- 6- 5.2 bölümündeki seçenek kutularından ikinci, üçüncü ve dördüncü kutular, tedavisine devam edilmek üzere bağlı bulunduğu sigorta kurumunun izniyle Ülkemize gelenler ile kaza ve meslek hastalığı sigortasından sağlık yardım hakkına sahip olanlar için işaretlenecektir.



**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.