

Bu Form Öğrencinin adına ödenecek Sigorta Primi belirleyeceğinden Kişi beyanı esas olup formun eksiksiz doldurulması gerekmektedir.

AİLE SAĞLIK YARDIMI SORGULAMA BELGESİ

SAĞLIK HİZMETİ SORGULAMASI İÇİN GEREKLİ OLAN BİLGİLER

T.C. Kimlik Numarası	
Nüfus İli	
Cilt No	
Doğum Yılı	

ÖĞRENCİNİN SAĞLIK YARDIMI İLE İLGİLİ DOĞRULAYACAĞI BİLGİLER

Cinsiyet	Erkek <input type="checkbox"/>	Bayan <input type="checkbox"/>
25 Yaşımı Doldurdum	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

HANGİ SAĞLIK YARDIMINDAN YARARLANIYORSUNUZ?

(Yararlandığınız Sağlık Güvencesinin Karşısındaki Kutucuğa "X" ile işaretleyiniz)

Annem Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="checkbox"/>
Babam Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="checkbox"/>
Yeşil Kartlıyım (Eski)	<input type="checkbox"/>
Genel Sağlık Sigortalısıyım (GSS)	<input type="checkbox"/>
Başka Bir İşte Çalışıyorum (Kendim Sigortalıyım)	<input type="checkbox"/>
Evliyim Eşim Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="checkbox"/>
Babam veya Annem Esnaf Ama Prim Borcu Var Sağlık Hizmeti Alamıyorum	<input type="checkbox"/>
Babam veya Annem Çiftçi, Fakat Tarım Prim Borcu bulunduğundan dolayı Sağlık Hizmeti Alamıyorum	<input type="checkbox"/>

Üstteki bilgilerin doğruluğunu kabul eder sosyal güvencemin değişmesi durumunda Başkanlığınıza bildirmemem durumunda doğacak her türlü cezai durumu peşinen kabul ederim.

Adı Soyadı :

...../...../202...

İmza

Not: Başka Bir İşte Çalışıyorsanız ve adınıza Asgari Ücret Düzeyinde Sigorta Primi Ödeniyorsa Kısmi Zamanlı Öğrenci Olarak Çalışamazsınız.

Sağlık Hizmeti Sorgulamasını SKS Daire Başkanlığı Yapacaktır. Öğrenci Sağlık Hizmetinin Değişmesi Durumunda SKS Daire Başkanlığına Formu Yenileyerek İletecektir.