

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/10/2021-31101

Bu Form Öğrencinin adına ödenecek Sigorta Primi belirleyeceğinden Kişi beyanı esas olup formun eksiksiz doldurulması gerekmektedir ve Öğrencilerin Sosyal Güvenlik Kurumuna gitmelerine gerek duyulmamaktadır.

KZÖ 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 ☐	Bayan ☐
25 Yaşımı Doldurdum	Evet ☐	Hayır ☐

HANGİ SAĞLIK YARDIMINDAN YARARLANIYORSUNUZ?

(Yararlandığınız Sağlık Güvencesinin Karşısındaki Kutucuğa “X” ile işaretleyiniz)

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

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

Adı Soyadı :

...../...../.....

İmza

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

1) KİŞİ BİLGİLERİ

T.C. Kimlik No Adı ve Soyadı

Baba Adı Ana Adı

Doğum Yeri Doğum Tarihi

Medeni Hali

2) ADRES VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

İkamet Yeri

İkametgâh Adresi

İletişim (Telefon)

3) ÖĞRENİM BİLGİLERİ

Okul

Bölümü ve Sınıfı

4) AİLE BİLGİLERİ VE GELİR DURUMU

Adı ve Soyadı Eğitim düzeyi Aylık geliri

Baba -

Anne -

Ailenizin
İkamet
Ettiği Ev

Burs/Kredi Adı Miktarı

5) SAĞLIK GÜVENCESİ DURUMU

.....

6) YABANCI DİL, BİLGİSAYAR VE İŞ DENEYİMİ BİLGİLERİKullandığınız
bilgisayar
programları
ve seviyesi

* Kısmi zamanlı iş başvurusu formunda belirtmiş olduğum bilgilerin doğruluğunu ve belirttiğim bilgilerde meydana gelecek değişiklikleri çalıştığım birime derhal bildirmeyi kabul ve taahhüt ederim. Eksik ve yanıltıcı beyan tespit edildiğinde başvurumun reddedilmesini kabul ediyorum.

İmza
Adı Soyadı

.../.../.....