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  Kadın |
| 25 Yaşımı Doldurdum | Evet  Hayır |

**HANGİ SAĞLIK YARDIMINDAN YARARLANIYORSUNUZ?**

***(Yararlandığınız Sağlık Güvencesinin Karşısındaki Kutucuğu “X” şeklinde 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 |  |

Adı Soyadı : ……………………  
 Tarih: …../…../……  
 İmza

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

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

**Not: Bu Form Öğrencinin adına ödenecek Sigorta Primi belirleyeceğinden Kişi beyanı esas olup formun eksiksiz doldurulması gerekmektedir ve Öğrencilerin Sosyal Güvenlik Kurumuna gitmelerine gerek duyulmamaktadır.**