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.**