

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

## 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"/>
Evlüyüm 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

Başkanlığımıza bildirmemem durumunda doğacak her türlü cezai durumu peşinen kabul ederim.

Adı Soyadı : .....

...../...../201.

İmza

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