Bu Form Öğrencinin adına ödenecek Sigorta Primi belirleyeceğinden Kişi beyanı esas olup formun eksiksiz doldurulması gerekmektedir. **Form 9**

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 : ……………………

…../…../202...

İmza

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

Bu Form Önceki Dönemlerde Düzenlenmesi Gereken Form 9 ve Form 10 ‘un yerine hazırlanmıştır. Eski Formlar Kullanılmayacaktır. Sağlık Hizmeti Sorgulamasını SKS Daire Başkanlığı Yapacaktır. Öğrenci Sağlık Hizmetinin

Değişmesi Durumunda SKS Daire Başkanlığına Formu Yenileyerek İletecektir.