|  |  |
| --- | --- |
| 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** | Bayan Erkek |
| **25 Yaşımı Doldurdum** | Evet Hayır |

|  |  |
| --- | --- |
| HANGİ SAĞLIK YARDIMINDAN YARARLANIYORSUNUZ?  *(Yararlandığınız Sağlık Güvencesinin Karşısındaki Kutucuğa “ X “ ile İşaretleyiniz.)* | |
| Annem Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum |  |
| Babam Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum |  |
| Yeşil Kartlıyım (Eski) |  |
| Genel Sağlık Sigortalıyım (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 |  |

\*Bu form öğrencinin adına ödenecek sigorta primini belirleyeceğinden kişi beyanı esas olup formun eksiksiz doldurulması gerekmektedir ve öğrencilerin Sosyal Güvenlik Kurumuna gitmelerine gerek duyulmamaktadır.

\*\*Başka bir işte çalışıyorsanız ve adınıza asgari ücret düzeyinde sigorta primi ödeniyorsa kısmi zamanlı öğrenci olarak çalışamazsınız.

|  |
| --- |
| Üstteki bilgilerin doğruluğunu kabul eder sosyal güvencemin değişmesi durumunda Başkanlığınıza bildirmemem durumunda doğacak her türlü cezai durumu peşinen kabul ederim.  **Adı Soyadı:**  **Tarih:**  **İmza:** |