

 TS EN ISO 9001:2015	T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ Sağlık Kültür Ve Spor Daire Başkanlığı	
	KISMİ ZAMANLI ÖĞRENCİ AİLE SAĞLIK YARDIMI SORGULAMA BELGESİ	Form No:
		Yayın Tarihi:
		Rev No/Tarih:
		Sayfa 1 / 1

Form 9

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

SAĞLIK HİZMETİ SORGULAMASI İÇİN GEREKLİ OLAN BİLGİLER:

T.C. Kimlik Numarası	
Nüfus İli	
Seri No	
Doğum Yılı	

ÖĞRENCİNİN SAĞLIK YARDIMI İLE İLGİLİ DOĞRULAYACAĞI BİLGİLER

Cinsiyet	Erkek <input type="radio"/>	Kadın <input type="radio"/>
25 Yaşımı Doldurdum	Evet <input type="radio"/>	Hayır <input type="radio"/>

HANGİ SAĞLIK YARDIMINDAN YARARLANIYORSUNUZ?

Annem Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="radio"/>
Babam Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="radio"/>
Yeşil Kartlıyım (Eski)	<input type="radio"/>
Genel Sağlık Sigortalıyım (GSS)	<input type="radio"/>
Başka Bir İşte Çalışıyorum (Kendim Sigortalıyım)	<input type="radio"/>
Evliliyim Eşim Üzerinden Sağlık Yardımı Alıyorum	<input type="radio"/>
Babam veya Annem Esnaf Ama Prim Borcu Var Sağlık Hizmeti Alamıyorum	<input type="radio"/>
Babam veya Annem Çiftçi, Fakat Tarım Prim Borcu bulunduğundan dolayı Sağlık Hizmeti Alamıyorum	<input type="radio"/>

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

Adı Soyadı :

Tarih:/...../.....

İmza:

Not: Başka bir işte çalışıyorsanız ve adınıza asgari ücret düzeyinde sigorta primi ödeniyorsa kısmi zamanlı öğrenci olarak çalışamazsınız.

Doküman No: FR/907/11 Yayın Tarihi: 1.11.2017 Revizyon No/Tarihi: 02/22.02.2024

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu çerçevesinde, bu DEB elektronik imza ile imzalanarak yayımlanmış olup, güncelliği elektronik ortamda "İKÇÜ Kalite Doküman Yönetim Sistemi (KDYS)" üzerinden takip edilmelidir.