SOSYAL SİGORTALAR DAİRESİ

EMZİRME YARDIMI TALEP DİLEKÇESİ

A – MÜRACAAT EDEN SİGORTALI TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

SİGORTALININ -

1. Adı Soyadı : ..... 2. Kimlik No: .....

3. Cinsiyeti : ..... 4. Sigortalı No : .....

5. Adresi : .....

6. İşyeri veya işin Sicil No'su :

7. İşverenin adı ve adresi : .....

.....

8. Sigortalının eşinin
Adı ve Soyadı : .....

Kimlik No'su : ..... Sigortalı No'su (Varsa) : .....

..... tarihinde ..... adet çocuğumun sağ olarak doğduğunu ve halen yaşadığını beyan eder, emzirme yardımının ödenmesini rica ederim.

Tarih : ..... İmza : .....

B – DAİRE TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

1. Doğum tarihinden önceki bir yıl içinde ..... gün Analık Sigortası primi ödenmiştir.
2. Emzirme Yardımı almaya HAK KAZANMIŞTIR / KAZANMAMIŞTIR.

İlgili Memurun

İmzası : .....

Adı ve Soyadı : .....

NOT : Doğum tarihinden sonra ve çocuğun/cocukların sağ doğması ve yaşaması şartıyle yapılan müracaatlar geçerlidir.

FORMA EKLENECEK BELGELER :

1. Yeni doğan çocuk veya çocukların doğum belgeleri.
2. Doğumda bulunan hekimin/ebenin raporu.

(Form SS-68)