**SAĞLIK YARDIMI SORGULAMA BELGESİ**

**(BEYAN VE TAAHHÜTNAME)**

Üniversitemizin……………………………………………………………………..……….......Fakültesi/Enstitüsü/Okulu………....…..…………………………………………………………………………………………………………….………..…..Bölümü öğrencisiyim,……………………...………………………………….……......……………………………biriminde/işyerinde 5510 sayılı Kanunun 5/b maddesi uyarınca “Kısmi Zamanlı” çalışmak istiyorum. **Aşağıda işaretlediğim (x) beyanımın doğruluğunu**, beyan ettiğim durumumda herhangi bir değişiklik olması halinde değişikliği derhal tarafınıza bildireceğimi kabul eder, beyanımın hatalı veya eksik olmasından kaynaklanacak her türlü prim, idari para cezası, gecikme zammı ve gecikme faizinin tarafımca ödeneceğini taahhüt ederim.

[ ]  Annem veya babam üzerinden Genel Sağlık Sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum.**

[ ]  Gelir testi sonucu kendim ödeyerek Genel Sağlık Sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum.**

[ ]  Başka işte çalışıyorum Genel Sağlık Sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum.**

[ ]  Evliyim eşim üzerinden Genel Sağlık Sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum.**

[ ]  Devlet tarafından (Yeşil Kartlı) karşılanmak suretiyle Genel Sağlık Sigortası kapsamında **sağlık hizmeti alıyorum.**

[ ]  Genel Sağlık Sigortası kapsamında **sağlık hizmeti almıyorum.**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı  |  |
| T.C. Kimlik No |  |
| Doğum Tarihi |  |
| Cinsiyeti  | Erkek [ ]  Kadın [ ]  |
| Öğrenci No |  |
| Cep Telefonu |  |

Tarih : ……./……/……

  *İmza*

***NOT:*** *Bu form öğrenci adına ödenecek sigorta primini belirleyeceğinden, kişinin beyanı esas olup doğru olması önemlidir.*