



T.C.  
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU  
(..... İl Müdürlüğü / Merkezi)

Ek-15

Sayı :  
Konu : Tespit

SAĞLIK KURULUNA

T.C. KİMLİK NUMARASI			
ADI SOYADI			
SİCİL (SSK-Bağ/Kur-E.S.)			
EN SON SİGORTALILIK HALİ	<input type="checkbox"/> 4/1-(a) (SSK)	<input type="checkbox"/> Çalışmıyor	<input type="checkbox"/> Çalışıyor
	<input type="checkbox"/> 4/1-(b) (Bağ-Kur)		
	<input type="checkbox"/> 4/1-(c) (Emekli Sandığı)		
İLK İŞE GİRİŞ TARİHİ			
SEVK İÇİN MÜRACAAT TARİHİ			

Yukarıda bilgileri bulunan Sigortalının aşağıda X ile işaretlenen maddelerle ilgili konulara ilişkin görüşünüzün bildirilmesini arz ederim.

Sosyal Güvenlik Merkez Müdürü

<input type="checkbox"/>	Sürekli iş göremez durumuna girip girmediğinin (5510/19)
<input type="checkbox"/>	Çalışma gücünün veya iş kazası veya meslek hastalığı sonucu meslekte kazanma gücünün en az % 60'ını kaybedip kaybetmediğinin (5510/25)
<input type="checkbox"/>	Çalışma gücünün % 40 ila % 59 oranında kaybedip kaybetmediğinin (5510/28-5)
<input type="checkbox"/>	Erken yaşlanıp yaşlanmadığının (5510/28-7)
<input type="checkbox"/>	Başka birinin sürekli bakımına muhtaç olup olmadığının
<input type="checkbox"/>	Kontrol muayenesine tabi tutulması gerekiyorsa kontrol muayene tarihinin
<input type="checkbox"/>	Kadın sigortalının oğlu/kızı .....'m ...../...../..... tarihi itibarıyla sürekli başkasının bakımına muhtaç derecede ağır engelli olup olmadığının (5510/28-8)
<input type="checkbox"/>	Sigortalının/hak sahibinin maluliyet durumunda değişiklik olup olmadığının
<input type="checkbox"/>	Ölümün; geçirdiği iş kazası/tutulduğu meslek hastalığı sonucu olup olmadığının

Raporların tarih ve numarası:

Ek :