



Ek-2/A

T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI
..... Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü
..... Sosyal Güvenlik Merkezi

Sayı :...../.....
Konu : Gelir Testi Sonucu

...../...../201...

7201 s. Kanuna Göre Tebliğ

Sayın

.....

.....

T.C. Kimlik No:.....

Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı tarafından Adres Kayıt Sistemi kayıtlarına göre aynı adreste ikamet eden aileniz dikkate alınarak yapılan gelir testi sonucuna göre aile içinde kişi başına düşen gelirinizin aylık tutarının, asgari ücretin üçte birinden fazla olduğu tespit edilmiştir.

..... tarihi itibarıyla toplam TL genel sağlık sigortası prim borcunuz bulunmaktadır. Genel sağlık sigortası primlerinizi, ait olduğu ayı izleyen ayın sonuna kadar Kurumumuzla anlaşmalı bankalar aracılığıyla ödememiz gerekmekte olup, süresinde ödememeniz halinde gecikme cezası ve gecikme zammı işleyecektir.

Prim borcunuzu ödememiz halinde, sizinle birlikte bakmakla yükümlü olduğunuz eşiniz, çocuklarınız ile anne ve babanız Kurumumuzla anlaşmalı üniversite hastaneleri ile özel hastaneler dâhil sağlık hizmeti sunucularına başvurduğunda tedavi giderleri Sosyal Güvenlik Kurumu mevzuatı kapsamında karşılanacaktır.

Gelir testi sonucunuza, bu yazının tebliğ tarihinden itibaren 15 gün içinde ikametinizin bulunduğu vakfa müracaat ederek itiraz etme hakkınız bulunmaktadır. Bununla birlikte, aile içinde meydana gelen doğum, ölüm, evlenme, boşanma ve benzeri nedenlerle gelir durumunuzda değişiklik olması halinde, değişikliğin meydana geldiği tarihten itibaren bir ay içinde ilgili vakıftan gelir testinin yenilenmesini talep etme hakkınız bulunmaktadır.

Sizin ve bakmakla yükümlü olduğunuz kişilerin sağlık yardımı alabilmeleri için 60 günden fazla prim borcunuz olmaması gerekliliğinin önemini hatırlatarak sorularınız için tarafınıza en yakın Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü veya Sosyal Güvenlik Merkezinde size yardımcı olmaktan memnuniyet duyacağımızı, bilgilerinize sunar sağlıklı günler dileriz.

Yetkili İmza