

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

Şirketimiz sigorta sicil numaralı çalışanlarından .../.../..... doğumlu 'da şirketimiz adına ... /... /..... - ... /... / tarihleri arası görevlendirilmiş / tarihleri arası uzayan görevi nedeniyle görevlendirilmiş olup görev bitim tarihine kadar gerekli olan formülerinin verilmesini,

Ayrıca, görev bitim tarihine kadar olan primlerinin firmamız tarafından yatırılacağını, görev bitim tarihinden önce personelimizin işten ayrılması halinde Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğüne/ Sosyal Güvenlik Merkezimize bildirileceğini, konuyla ilgili firmamızın sorumluluğunda olan görevlerimizi yerine getireceğimizi taahhüt ederiz.

Yurt dışı işçi hizmetleri servisine yapmış olduğumuz tüm evrak işlerinde şirketimiz çalışanlarından yetkilidir.

Gereğinin yapılmasını müsaadelerinize arz ederiz.

Firma Yetkilisinin
Adı Soyadı
Kaşe – İmza

Ekler:

Ek-1: Görev yazısı

Ek-2: Yurt dışındaki işyeri ile Türkiye'deki işveren arasındaki ilişkiyi kanıtlayan belge

Ek-3: Gideceği ülkedeki işyeri bilgileri

Ek-4: Uzayan görev süresi için uzatmaya ilişkin gerekçe



EK:1-A

Sayı :
Konu:

İLGİLİ MAKAMA

Türkiye-Gürcistan Sosyal Güvenlik Sözleşmesinin 7 nci maddesinin altıncı fıkrasına istinaden Kurumumuz sigortalılarından aşağıda işyeri bilgileri belirtilen .../.../..... doğumlu hakkında ülkenizdeki .../.../20.. -/.../20.. tarihleri arasındaki geçici görevi süresince, Türk mevzuatı uygulanacaktır.

Bilgi edinilmesini saygılarımla rica ederim.

Mühür / İmza

Türkiye' deki İşveren
Adı:
Adresi:

Gürcistan'daki Geçici Görevlendirildiği Yer
Adı:
Adresi:



GEÇİCİ GÖREVLE TÜRKİYE'DEN GÜRCİSTAN'A GÖNDERİLENLERİN TÜRK MEVZUATINA TABİ KALMAYA DEVAM ETTİĞİNİ GÖSTERİR BELGE

DOCUMENT INDICATING THAT EMPLOYEES POSTED FROM TURKEY TO GEORGIA CONTINUE TO BE SUBJECT TO TURKISH LEGISLATION

Sayı / Number :

...../...../20...

Konu / Subject:

İLGİLİ MAKAMA / TO AUTHORITY CONCERNED

Türkiye-Gürcistan Sosyal Güvenlik Sözleşmesinin 7 nci maddesinin birinci ve ikinci fıkraları ile İdari Anlaşmanın 4 üncü maddesine istinaden Gürcistan'da geçici olarak görevlendirilen ve aşağıda bilgileri belirtilen Kurumumuz sigortalısı hakkında / / 20.... - / / 20.... tarihleri arasında Türk mevzuatı uygulanacaktır.

Under the Article 7 (1 and 2) of the Agreement between Turkey and Georgia on Social Security and the Article 4 of the Administrative Arrangement; our member who are posted temporarily in Georgia and whose information is given below shall subject to Turkish legislation between / / 20... - / / 20... .

Bilgi edinilmesini saygılarımla rica ederim/Respectfully submitted,

Mühür / Stamp
İmza / Signature

Sigortalının/Insured person's	
Adı Soyadı/ Name&Surname	
T.C. Kimlik Numarası/Turkish Identity Number	
Doğum Tarihi/Date of Birth	
Türkiye'deki İşveren Adı ve Adresi/Name and Address of The Employer in Turkey	
Gürcistan'daki Geçici Görev Yeri/Temporary Posting Place in Georgia	



**MERKEZİ TÜRKİYE'DE BULUNAN ULUSLARARASI TAŞIMACILIK
İŞLETMELERİNDE ÇALIŞANLAR**

**EMPLOYEES OF INTERNATIONAL TRANSPORTATION AGENCY WHOSE
HEAD OFFICE IS IN TURKEY**

Sayı / Number :
Konu / Subject:

...../...../20...

İLGİLİ MAKAMA / TO AUTHORITY CONCERNED

Türkiye-Gürcistan Sosyal Güvenlik Sözleşmesinin 7 nci maddesinin üçüncü fıkrasına istinaden bilgileri aşağıda belirtilen sigortalı hakkında Gürcistan'da bulunduğu/...../20.... -/...../20... tarihleri arasında Türk mevzuatı uygulanacaktır.

Under Article 7(3) of the Agreement between Turkey and Georgia on Social Security, the insured person whose information is given below shall subject to Turkish legislation during his/her staying in Georgia between/...../20... -/...../20...

Bilgi edinilmesini saygılarımla rica ederim/Respectfully submitted,

Mühür / Stamp
İmza / Signature

Sigortalının/Insured person's	
Adı Soyadı/ Name&Surname	
T.C. Kimlik Numarası/Turkish Identity Number	
Doğum Tarihi/Date of Birth	
Türkiye'deki İşveren Adı ve Adresi/Name and Address of the Employer in Turkey	



TÜRK BAYRAĞI TAŞIYAN GEMİDE ÇALIŞANLAR
SHIPMEN OF VESSEL BEARING TURKISH FLAG

Sayı / Number :
Konu / Subject:

...../...../20...

İLGİLİ MAKAMA / TO AUTHORITY CONCERNED

Türkiye-Gürcistan Sosyal Güvenlik Sözleşmesinin 7 nci maddesinin dördüncü fıkrasına istinaden bilgileri aşağıda belirtilen sigortalı hakkında Gürcistan'da bulunduğu/..../20.... -/..../20.... tarihleri arasında Türk mevzuatı uygulanacaktır.

Under Article 7 (4) of the Agreement on Social Security between Turkey and Georgia, the insured person whose information is given below shall subject to Turkish legislation during his/her staying in Georgia between/...../20... -/...../20... .

Bilgi edinilmesini saygılarımla rica ederim/Respectfully submitted,

Mühür / Stamp
İmza / Signature

Sigortalının/Insured person's	
Adı Soyadı/ Name&Surname	
T.C. Kimlik Numarası/Turkish Identity Number	
Doğum Tarihi/Date of Birth	
Türkiye'deki İşveren Adı ve Adresi/Name and Address of the Employer in Turkey	



SOSYAL GÜVENLİK SÖZLEŞMELERİNE GÖRE AKİT ÜLKELERDEN
GELİR/AYLIK TALEP DİLEKÇESİ

	SİGORTALI	HAK SAHİBİ
1- T.C. KİMLİK NUMARASI		
2- ADI VE SOYADI		
3- AYLIK TALEP TÜRÜ	<input type="checkbox"/> GELİR	
	<input type="checkbox"/> YAŞLILIK AYLIĞI	
	<input type="checkbox"/> MALULLÜK AYLIĞI	
	<input type="checkbox"/> ÖLÜM AYLIĞI	
4- AYLIK TALEBİNDE BULUNULAN ÜLKE		
5- AYLIK TALEBİNDE BULUNULAN ÜLKEDE GEÇEN HİZMET SÜRESİ	---/---/-----'den ---/---/-----'e kadar	
6- AYLIK TALEBİNDE BULUNULAN ÜLKE SİGORTA NUMARASI		
7- YURT DIŞINDA ÇALIŞILAN DİĞER ÜLKELER		
8- YURT DIŞINDAN GELİR/AYLIK ALIYOR MUSUNUZ? EVET İSE HANGİ ÜLKE	<input type="checkbox"/> EVET	ÜLKE ADI
	<input type="checkbox"/> HAYIR	
9- SİGORTALI/HAK SAHİBİ TÜRKİYE'DE AYLIK ALIYORSA ÇEŞİDİ	<input type="checkbox"/> KENDİNDEN	<input type="checkbox"/> EŞİNDEN
	<input type="checkbox"/> ANA-BABADAN	<input type="checkbox"/> ÇOCUKTAN

10- HİZMET DURUMU		
S.S.K. 4/1-(a)	HİZMET SÜRELERİ VE GEÇTİĞİ İLLER	
	İSTEĞE BAĞLI	
	TOPLULUK	
	BORÇLANMA	
BAĞ-KUR 4/1-(b)	HİZMET SÜRELERİ VE GEÇTİĞİ İLLER	
	İSTEĞE BAĞLI	
	TOPLULUK	
	BORÇLANMA	
EMEKLİ SANDIĞI 4/1-(c)	HİZMET SÜRESİ	
	TAHSİS NUMARASI	
DİĞER SANDIKLAR	SANDIK / VAKIF ADI	
	SİCİL NUMARASI	
	HİZMET SÜRESİ	

Yukarıdaki beyanımı doğrular, beyanımda herhangi bir değişiklik olması halinde durumu derhal yazılı olarak Kuruma bildireceğimi, buna göre beyanım esas alınarak akit ülkeden gelir/aylık talebimle ilgili gerekli işlemlerin yapılmasını arz ederim.

Sigortalı veya Hak Sahibinin	Adresi		Adı Soyadı :
	Telefon numarası		İmzası :
	E-posta adresi		
Ek:	1- 2-		Tarih :

NOT: Bu dilekçe sosyal güvenlik sözleşmelerinin uygulanmasında akit ülke sigorta kurumundan gelir/aylık talebinde bulunanlar tarafından doldurulacaktır. Kurumumuzdan aylık talebinde bulunacakların, ayrıca Gelir/Aylık /Ödenek Talep Belgesi ile başvuruda bulunması gerekmektedir.