

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

**KENDİ ADINA VE HESABINA BAĞIMSIZ
ÇALIŞANLAR İÇİN MUVAFAKAT YAZISI**

CONSETEMENT POUR LES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS

Sayı / Référence :

Konu / Objet:

İLGİLİ MAKAMA / A L'AUTORITE COMPETENT

Türkiye-Kepek Sosyal Güvenlik Mutabakatının 7 nci maddesine istinaden, daimi olarak ülkemizde ikamet eden ve bilgileri aşağıda belirtilen sigortalı hakkında Kepek'te bulunduğu .../.../20... - .../.../20... tarihleri arasında Türk mevzuatı uygulanacaktır.

Nous voulons vous informer que notre assuré résidant en permanence dans notre pays et dont les informations indiquées ci-dessous, en application de l'article 7 de l'entente de sécurité sociale Turco – Québec, sera assujéti à la législation de la Turquie pendant le séjour à Québec du .../.../20... au .../.../20... .

Bilgi edinilmesini saygılarımla rica ederim/ Veuillez agréer, Monsieur, Madame, nos considérations distinguées.

Mühür / Sceau
İmza / Signature

Sigortalının/Assuré	
Adı Soyadı/ Prénom&Nom	
T.C. Kimlik Numarası/Numéro d'Identification Turque	
Doğum Tarihi/Date de Naissance	
Kepek'te Bulunduğu Sırada Kendi Hesabına Çalışacağı İşe İlişkin Adres Bilgisi/ Adresse du lieu d'activité où il exercera au titre indépendant pendant son séjour permanent à Québec	



KAMU GÖREVLİSİ MUVAFAKAT YAZISI
CONSENTEMENT POUR L'AGENT PUBLIC

Sayı / Référence :
Konu / Objet:

İLGİLİ MAKAMA / A L'AUTORITE COMPETENT

Türkiye - Kebek Sosyal Güvenlik Mutabakatının 10 uncu maddesinin birinci fıkrasına istinaden, bilgileri aşağıda belirtilen sigortalı hakkında Kebek'te bulunduğu .../.../20.. -/.../20... tarihleri arasında Türk mevzuatı uygulanacaktır.

Nous voulons vous informer que notre assuré dont les informations indiqués ci-dessous, en application de l'alinéa premier de l'article 10 de l'entente de sécurité sociale Turco – Québec, sera assujetti à la législation de la Turquie pendant le séjour à Québec du .../.../20... au .../.../20... .

Bilgi edinilmesini saygılarımla rica ederim./Veuillez agréer, Monsieur, Madame, nos considérations distingués.

Mühür / Sceau
İmza / Signature

Sigortalının/Assuré	
Adı Soyadı/ Prénom&Nom	
T.C. Kimlik Numarası/Numéro d'Identification Turque	
Doğum Tarihi/Date de Naissance	
Türkiye'deki İşverenin Adı ve Adresi/ Etablissement en Turquie	
Kebek'de Geçici Görevlendirildiği Yerin Adı ve Adresi/Etablissement dans lequel il sera détaché à Québec	

**SOSYAL GÜVENLİK ALANINDA KEBEK TÜRKİYE ANLAŞMASI
ENTENTE QUEBEC / TURQUIE EN MATIERE DE SECURITE SOCIALE**

**UYGULANACAK MEVZUATA İLİŞKİN BELGE
CERTIFICAT D'ASSUJETTISSEMENT**

Anlaşmanın 7-11 maddeleri
Art. 7 a 11 de l'Entente administratif

İdari Düzenlemenin 3. maddesi
Art. 3 de l'Arrangement administratif

1	SİGORTALI ŞAHIS / PERSONNE ASSUREE		
Ad(lar) Prenom(s)	Soyad Nom	Kızlık soyadı (eğer farklı ise) Nom de jeune fille (si different)	
Doğum Tarihi Date de naissance	Yıl ay gün Annee Mois Jour	Cinsiyeti [] Erkek [] Kadın Sexe: M F	
		Vatandaşlık / Uyrukluk Citoyennete / Nationalite	
Türk sosyal güvenlik numarası N°de securite sociale turc			
T.C. Kimlik No N°d'identification de la Republique de Turquie			
Geçici görevli olacağı adres / Adresse au moment du detachement			
.....			
Kebek'deki ikamet adresi / Adresse au Quebec			
.....			

2	TÜRK İŞVERENİN / EMPLOYEUR EN TURQUIE
Adı veya Ünvanı Nom ou raison sociale	
Adresi / Adresse	
.....	
.....	
İşveren Numarası N°d'employeur	
Telefon numarası N°de telephone	

3	GEÇİCİ GÖREV / DETACHEMENT		
Sigortalı şahsın Kebek'te geçici görevli olacağı muhtemel dönem La personne assurée est détachée au Québec pour la période allant probablement			
Du:	‘den au:		‘e kadar
Geçici görevli olacağı şirket / dans l'établissement suivant:			
Adı Nom	veya ou	Ünvanı raison sociale	
Adres / Adresse 			
Hangi ülke şirketinin ödeme yapacağı et sera rémunérée par l'entreprise:		[] Türkiye de la Turquie	[] Kebek du Québec

4	BELGEYİ DÜZENLEYEN KURUMA AYRILMIŞTIR RESERVE A L'ORGANISME QUI DELIVRE LE CERTIFICAT		
Sigortalı şahsın Türk mevzuatına tabi kalacağı dönem La personne assurée demeurera assujettie à la législation de la Turquie			
Du:	‘den au:		‘e kadar
SGK Başkanlığı Ankara Türkiye	SGK Ankara, Turquie	KAŞE CACHET	
İmza Signature	Tarih : Date		

ACIKLAMALAR:

Sigortalı şahsı Kebek'e geçici görevle gönderen işveren, bu formülerin 1, 2 ve 3 nolu kısımlarını dolduracak ve işyerini görev alanı içine alan Türk Sosyal Güvenlik Kurumunun birimine onaylatacağıdır. Onay sonrası işverene iade edilen belgenin aslı, işveren tarafından çalışana gönderilecektir.

Anlaşmaya göre, Türk mevzuatına tabi kalınacak süre içerisinde primler, işveren ve çalışan tarafından ödenmeye devam edilir.

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

**LES PERSONNES QUI TRAVAILLENT DANS LES TRANSPORTEURS
INTERNATIONALES DONT LE SIEGE SOCIAL SİTUE EN TURQUIE**

Sayı / Référence :

Konu / Objet:

İLGİLİ MAKAMA / A L’AUTORİTE COMPETENT

Türkiye - Kebek Sosyal Güvenlik Mutabakatının 9 uncu maddesine istinaden, bilgileri aşağıda belirtilen sigortalı hakkında Kebek’te bulunduğu .../.../20.. -/.../20... tarihleri arasında Türk mevzuatı uygulanacaktır.

Nous voulons vous informer que notre assuré dont les informations indiqué ci-dessous, en application de l’article 9 de l’entente de sécurité sociale Turco – Québec, sera assujetti à la législation de la Turquie pendant le séjour à Québec du .../.../20... au .../.../20... .

Bilgi edinilmesini saygılarımla rica ederim./Veuillez agréer, Monsieur, Madame, nos considérations distingués.

Mühür / Sceau
İmza / Signature

Sigortalının/Assuré	
Adı Soyadı/ Prénom&Nom	
T.C. Kimlik Numarası/Numéro d’Identification Turque	
Doğum Tarihi/Date de Naissance	
Türkiye’deki İşverenin Adı ve Adresi/ Etablissement en Turquie	
Kebek’de Geçici Görevlendirildiği Yerin Adı ve Adresi/Etablissement dans lequel il sera détaché à Québec	



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.