|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **T.C.****SOSYAL GÜVENLİK KURUMU****…………………..İl Müdürlüğü/Sosyal Güvenlik Merkezi** | **Ek-11** |
|  |

|  |
| --- |
| **SAĞLIK KURULUŞUNA SEVK TALEP BELGESİ** |
|  | **SİGORTALI** | **HAK SAHİBİ** |
| T.C. KİMLİK NUMARASI |  |  |
| ADI VE SOYADI |  |  |
| SİCİL (SSK-Bağ/Kur-Emekli Sandığı) |  |  |
| EN SON SİGORTALILIK HALİ | 4/1-(a) (SSK)  |  Çalışıyor Çalışmıyor |  |
| 4/1-(b) (Bağ-Kur) |  Çalışıyor Çalışmıyor |
| 4/1-(c) (Emekli Sandığı) |  Çalışıyor Çalışmıyor |
|  | Halen tedavi gördüğüm Sağlık Hizmet Sunucusuna sevkimi talep ediyorum.(………………Hastanesine) |
|  | İkametgahıma yakın Sağlık Hizmet Sunucusuna sevkimi talep ediyorum. |
| Aşağıda belirttiğim durumun tespiti için sağlık hizmeti sunucusuna sevk işleminin yapılmasını arz ederim. …/.../20…  |
|  | İş kazası veya meslek hastalığı sonucu sürekli iş göremezlik derecemin tespitinin, *(5510/19 mad.)* |
|  | Çalışma gücümü en az % 60 oranında kaybettiğimin tespiti, *(5510/25 mad.)* |
|  | Çalışma gücü kaybımın tespiti, *(5510/28-5.fıkra)* |
|  | 55 yaşını doldurdum. Erken yaşlandığımın tespiti, *(5510/28-7. fıkra)* |
|  | Başka birinin sürekli bakımına muhtaç derecede ağır engelli çocuğumun durumunun tespiti*,(5510/28-8. fıkra)* |
|  | Çalışma gücümü en az % 60 oranında kaybettiğimin/çalışamayacak derecede malul olup olmadığımın tespiti, (*hak sahibi çocuk)* |
|  | Kontrol Muayenesi için sevkimin, |

|  |
| --- |
| **SİGORTALININ / HAK SAHİBİNİN** |
| **CEP TELEFONU** | **ADRES** | **AD-SOYAD/İMZA** |
| **E-POSTA** |
| **EK: 1** |
| **2** |