

فرم درخواست کفالت پدر / مادر / شوهر بیمه شده یا مستمری بگیر

سازمان تامین اجتماعی شعبه.....

اینجانب بیمه شده / مستمری بگیر شماره..... شاغل در کارگاه اعلام می دارم:

پدرم به نام به شماره شناسنامه..... متولد / / ۱۳ و شماره ملی.....

مادرم به نام به شماره شناسنامه..... متولد / / ۱۳ و شماره ملی.....

همسرم به نام به شماره شناسنامه..... متولد / / ۱۳ و شماره ملی.....

• با توجه به احراز شرط سنی (حداقل ۶۰ سال برای پدر، ۵۵ سال برای مادر، حداقل ۶۰ سال برای شوهر)

• به دلیل ازکارافتادگی

• به علت عدم تمکن مالی قادر به تامین معیشت خود نمی باشد / نمی باشند .

و تامین معاش ایشان شامل مسکن غذا اثاث منزل درمان توسط اینجانب تامین می گردد. لذا با اطلاع از مقررات قانون تامین اجتماعی تقاضای استفاده پدر، مادر، شوهر خود را از کمک های مقرر در ماده ۵۴ قانون تامین اجتماعی (خدمات درمانی) دارم.

ضمناً با آگاهی از مفاد ماده ۹۷ قانون تامین اجتماعی که در ذیل این درخواست درج گردیده است اعلام می دارم که:

نامبرده / نامبردگان مستمری بگیر هیچ یک از صندوقهای بازنشستگی نبوده .

فاقد درآمد مکفی از محل اموال و دارائیهای شخصی به منظور تامین معاش خود می باشد / می باشند.

سازمان تامین اجتماعی مجاز است در مواردی که تشخیص دهد نسبت به انجام تحقیقات و بازرسی لازم اقدام نماید.

در صورت خلاف آن با توجه به ماده ۹۷ قانون تامین اجتماعی متعهد به پرداخت خسارات وارده به سازمان تامین اجتماعی خواهم بود.

نام و نام خانوادگی و امضاء بیمه شده / مستمری بگیر

نشانی محل سکونت پدر / مادر / شوهر بیمه شده / مستمری بگیر

شماره و تاریخ ورود به دفتر شعبه

ماده ۹۷ قانون تامین اجتماعی، «هر کس به استناد اسناد و گواهی های خلاف واقع یا با توسل به عناوین و وسایل تقلبی از مزایای مقرر در این قانون به نفع خود استفاده نماید یا موجبات استفاده افراد خانواده خود یا اشخاص ثالث را از مزایای مذکور فراهم سازد به پرداخت جزای نقدی معادل دو برابر خسارت وارده به سازمان تامین اجتماعی و در صورت تکرار به حبس جنحه ای از ۶۱ روز تا شش ماه محکوم خواهد شد.»