



فرم درخواست تحت پوشش قرار گرفتن فرزند / فرزندان تحت سرپرستی بیمه شده

(موضوع قانون حمایت از کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست)

ریاست محترم تامین اجتماعی شعبه ...

با سلام

احتراماً، اینجانب به شماره بیمه / مستمری و شماره ملی

اعلام میدارم، مطابق رای دادگاه شماره مورخ "تصویر پیوست" فرزند / فرزندان، به شرح ذیل تحت سرپرستی اینجانب قرار گرفته اند. خواهشمند است دستور فرمائید با رعایت قوانین و ضوابط مربوطه در خصوص بهره مندی ایشان از مزایای قانون تامین اجتماعی اقدام لازم معمول نمایند.

ضمناً متعهد میگردم، چنانچه فرزند / فرزندان تحت سرپرستی اینجانب به هردلیل از کفالت خارج گردند، در اسرع وقت نسبت به اعلام موضوع و تحویل دفاتر درمانی آنها به شعبه محل رابطه بیمه پردازی یا یکی از شعب سازمان تامین اجتماعی اعلام نمایم.

اسامی فرزند / فرزندان تحت سرپرستی :

۱ - نام و نام خانوادگی شماره شناسنامه کد ملی تاریخ تولد محل صدور

۲ - نام و نام خانوادگی شماره شناسنامه کد ملی تاریخ تولد محل صدور

۳ - ...

امضاء بیمه شده / اثر انگشت

ماده ۹۷ قانون تامین اجتماعی " هرکس به استناد 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 خسارات وارده به سازمان تامین اجتماعی و در صورت تکرار به حبس جنحه ای از ۶۱ روز تا شش ماه محکوم خواهد شد ."

شماره : ...

تاریخ :