



Ek-2/B

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

Sayı :...../.....  
Konu : Gelir Testi Sonucu

...../...../201...

Sayın .....

.....

.....

Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı tarafından Adres Kayıt Sistemi kayıtlarına göre aynı adreste ikamet eden aileniz dikkate alınarak yapılan gelir testi sonucuna göre aile içinde kişi başına düşen gelirinizin aylık tutarının, brüt asgari ücretin üçte birinin altında olduğu tespit edilmiştir.

Bu kapsamdaki genel sağlık sigortası primleriniz .../.../20.. tarihinden itibaren Devlet tarafından karşılanacaktır.

Aile içinde meydana gelen doğum, ölüm, evlenme, boşanma ve benzeri nedenlerle değişiklik olması halinde, değişikliğin meydana geldiği tarihten itibaren bir ay içinde gelir testinin yenilenmesi için ilgili Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfına başvurmanız gerekmektedir.

Bakmakla yükümlü olduğunuz eş ve çocuklarınız ile anne ve babanız dahil Kurumumuzla anlaşmalı özel sağlık hizmeti sunucularına doğrudan başvuru imkanından yararlanmak istemeniz halinde, aylık .... TL genel sağlık sigortası primi ödemeniz gerekmekte olduğunu hatırlatarak, sorularınız için tarafınıza en yakın Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü veya Sosyal Güvenlik Merkezinde size yardımcı olmaktan memnuniyet duyacağımızı, bilgilerinize sunar sağlıklı günler dileriz.

Yetkili İmza