# Yurt Dışı Geçici Görev Talep Dilekçesi EK - 1

**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 Müdürlüğünüze/ Sosyal Güvenlik Merkezinize 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

**EK-1A ANNEXE-1A**

**CONSENTEMENT POUR LES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS**

Sayı / Référence : Konu / Objet:

İLGİLİ MAKAMA / A L’AUTORİTE COMPETENT

Türkiye-Kebek Sosyal Güvenlik Mutabakatının 7 nci maddesine istinaden, daimi olarak ülkemizde ikamet eden ve bilgileri aşağıda belirtilen sigortalı hakkında Kebek’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 indiqué ci-dessous, en application de l’article 7 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** |  |
| **Kebek’te Bulunduğu Sırada Kendi Hesabına Çalışacağı İşe İlişkin Adres Bilgisi/ Adresse du lieu d’activité où il exercera au titre indépendant pendant son séjour permanant à Québec** |  |



# KAMU GÖREVLİSİ MUVAFAKAT YAZISI CONSENTEMENT POUR L’AGENT PUBLİC

**EK-1B ANNEXE-1B**

Sayı / Référence : Konu / Objet:

İLGİLİ MAKAMA / A L’AUTORİTE 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 indiqué 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** |  |

**TR / QUE 1**

**İdari Düzenlemenin 3. maddesi**

Art. 3 de l’Arrangement administratif

**Anlaşmanın 7-11 maddeleri**

Art. 7 a 11 de l’Entente administratif

**UYGULANACAK MEVZUATA İLİŞKİN BELGE**

CERTIFICAT D’ASSUJETTISSEMENT

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**  Sexe: | [ ] | | M | **Erkek** | [ ] F | **Kadın** |
| **Vatandaşlık / Uyrukluk**  Citoyennete / Nationalite | | | | | | |
| **Türk sosyal güvenlik numarası**  Node securite sociale turc | | | |  | | | | | | |
| **T.C. Kimlik No**  Nod’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**  Nod’employeur | |
| **Telefon numarası**  Node telephone | |

**TR / QUE 1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3** | **GEÇİCİ** | **GÖREV** | / DETACHEMENT | | |
| **Sigortalı şahsın Kebek’te geçici görevli olacağı muhtemel dönem**  La personne assuree est detachee au Quebec pour la periode allant probablement  **‘den ‘e kadar**  Du: au: | | | | | |
| **Geçici görevli olacağı şirket** / dans l’etablissement suivant: | | | | | |
| **Adı veya**  Nom ou | |  | **Ünvanı**  raison sociale |  |  |
| **Adres** / Adresse | | | | | |
| ………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………. | | | | | |
| **Hangi ülke şirketinin ödeme yapacağı**  et sera remuneree par l’entreprise: | | [ ] | **Türkiye**  de la Turquie | [ ] | **Kebek**  du Quebec |

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

**AÇIKLAMALAR:**

**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 onaylatacaktır. 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.**

# EK-3 ANNEXE-3

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

**LES PERSONNES QUİ TRAVAİLLENT DANS LES TRANSPORTEURS İNTERNATİONALES DONT LE SIEGE SOCİAL SİTUE EN TURQUİE**

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** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **T.C.**  **SOSYAL GÜVENLİK KURUMU**  **………………….. Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü ( Sosyal Güvenlik Merkezi)** | | | | | | | **EK - 4** |
| **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 | | | | | GELİR | | | | | |
| YAŞLILIK AYLIĞI | | | | | |
| MALULLÜK AYLIĞI | | | | | |
| 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 | | | | | EVET | | ÜLKE ADI | |  | |
| HAYIR | | | | | |
| 9- SİGORTALI/HAK SAHİBİ TÜRKİYE’DE AYLIK ALIYORSA ÇEŞİDİ | | | | | KENDİNDEN | | | | EŞİNDEN | |
| ANA-BABADAN | | | | 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 : İmzası :  Tarih : | | |
| Telefon numarası | |  | | | |
| E-posta adresi | |  | | | |
|  | Ek: | 1-  2- | | | | | |
|  | **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.** | | | | | | | | | |