T.C.

 ….………….VALİLİĞİ

Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü

Doğum Yardımı Başvuru Dilekçesi

Başvuru Tarih ve No: ..............................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Başvuru sahibinin adı-soyadı: |  |
| 2 | Başvuru sahibinin T.C. kimlik numarası\*: |  |
| 3 | Doğum yapan kişinin adı-soyadı: |  |
| 4 | Doğum yapan kişinin T.C. kimlik numarası |  |
| 5 | Yeni doğan çocuğun/çocukların T .C. kimlik numarası/numaraları\*• |  |
| 6 | Yeni doğan çocuğun/çocukların babasınınT.C. kimlik numarası\* : |  |
| 7 | Adına başvuru yapılanın varsa diğer çocuklarının T.C. kimlik numaraları: |  |
| 8 | Doğum yapan kişi kamu işçisi mi?\*\* | Evet ( ) Hayır ( ) |
| 9 | Çocuğun babası kamu işçisi mi?\*\* | Evet ( ) Hayır ( ) |
| 10 | Kamu işçisi olan anne ya da babanın yeni doğum için aldığı/alacağı doğum yardımıtutarı: | Annenin Kurum Onayı | Babanın Kurum Onayı |
| -TL | -TL |
|  |  |
| Doğum yardımı için başvuru yapmış olup;* Hakkımızda gerekli inceleme ve araştırmaların yapılmasını,
* Yukarıda beyan ettiğim bilgilerin doğruluğunu,
* Gerçek dışı beyanda bulunmam veya düzenlenen belgelerin gerçeğe uymaması nedeniyle yersiz ödemeye sebebiyet vermem halinde, yersiz ödemenin yapıldığı tarihten tahsil edildiği tarihe kadar geçen süre için 21/7/1953 tarihli ve 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanunun 5 1 inci maddesinde belirtilen gecikme zammı oranında hesaplanacak faiz ile birlikte alınan ödemeyi bir ay içinde iade etmeyi,
* Gerçek dışı beyanda bulunmam veya düzenlenen belgelerin gerçeğe uymaması durumunda hakkımda TCK'nın ilgili maddeleri doğrultusunda suç duyurusunda bulunulmasını,

Kabul ve taahhüt ediyorum. Gereğinin yapılmasını arz ederim. |
| Başvuru sahibinin adı soyadı: |  |
| Başvuru sahibinin adresi: |  |
| Başvuru sahibinin telefon numarası: |  |
| Tarih: |  | İmza: |  |

***\*Gerekli durumlarda, T.C kimlik numarası alımlarına Mavi Kart numaraları yazılır.***

***\* \*8 inci veya 9 uncu sorudan birine "Evet" cevabı verilmesi halinde 10 uncu soruya cevap verilecektir.***