



سازمان تامین اجتماعی

اداره کل تامین اجتماعی استان

شعبه

فرم نمونه شماره ۳۰

محل الصاق عکس

فرم درخواست معرفی به کمیسیون پزشکی (متقاضی کفالت بازمانده)

ریاست محترم شعبه تامین اجتماعی

با سلام

نظر به اینکه اینجانب خانم / آقای

خانم / آقای

و اینجانب بعلت بیماری / عارضه

دکتر

متخصص بیماریهای

از تاریخ

تحت معالجه خانم/آقای

بوده و طبق نظر ایشان (اصل گواهی و

مدارک درمانی پیوست) قبل از فوت بیمه شده اصلی توانائی انجام کار نداشته ام . لذا خواهشمند است با توجه به گزارش بازرسی کفالت و در صورت احراز مقررات نسبت به معرفی اینجانب به کمیسیون پزشکی موضوع ماده ۹۱ قانون تامین اجتماعی اقدام نمایید. ضمناً گواهی می نمایم اینجانب اشتغال بکار نداشته و تحت تکفل شخص دیگر نبوده و همینطور مشمول هیچکدام از صندوقهای بازنشستگی نمی باشم و متعهد می گردم در روند رسیدگی به پرونده ، اطلاعات و مدارک پزشکی لازم را صادقانه در اختیار مسئولین قرار دهم. بدیهی است در صورت اثبات خلاف ادعا مسئولیت جبران خسارات وارده را عهده دار می باشم .

آدرس و تلفن محل سکونت :

نام و نام خانوادگی پزشکان معالج :

نام بیمارستانهای محل بستری ، علت بستری و تاریخ بستری :

سابقه شرکت در کمیسیون پزشکی سازمان :

سابقه شرکت در کمیسیون پزشکی سایر نهادها :

تحت پوشش نهاد حمایتی بعلت بیماری های مورد درخواست:

کارت پایان خدمت یا معافیت پزشکی (بعلت بیماری های مورد درخواست):

مدارک پیوست : () آزمایش () سونوگرافی () ام ار آی () سی تی اسکن

() نوار قلب () نوار ریه () نوار عصب و عضله () سایر مدارک

نام و نام خانوادگی و امضاء

بازمانده یا وکیل قانونی