# T.C.

**SİVAS VALİLİĞİ**

 **Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü**

 **Doğum Yardımı Başvuru Dilekçesi**

**Başvuru Tarih ve No:………………….………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Başvuru Sahibinin Adı - Soyadı: |  |
| 2 | Başvurusahibinin T.C. Kimlik Numarası\*: |  |
| 3 | Doğum Yapan Kişinin Adı-Soyadı: |  |
| 4 | Doğum Yapan Kişinin T.C. Kimlik Numarası\*: |  |
| 5 | Yenidoğan Çocuğun/Çocukların T.C. Kimlik Numarası Numaraları\*: |  |
| 6 | Yenidoğan Çocuğun/Çocukların BabasınınT.C. Kimlik Numarası\*: |  |
| 7 | Adına Başvuru Yapılanın Varsa Diğer Çocuklarının T.C. Kimlik Numaraları: |  |
| 8 | Doğum Yapan Kişi Kamu İşçisimi?\*\* | Evet ( )Hayır ( ) |
| 9 | Çocuğun Babası Kamu İşçisimi?\*\* | Evet ( )Hayır ( ) |
| 10 | Kamu İşçisi Olan Anne Yada Babanın Yeni Doğum İçin Aldığı/Alacağı Doğum Yardımı Tutarı: | AnneninKurumOnayı | BabanınKurumOnayı |
| ………………-TL | ………………-TL |
| (MÜHÜR) | (MÜHÜR) |
| Doğum Yardımı İçin Başvuru Yapmış Olup;* Hakkımızda gerekli inceleme ve araştırmaların yapılmasını,
* Yukarıda beyan ettiğim bilgilerin doğruluğunu,
* Gerçekdışı 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 51’inci maddesinde belirtilen gecikme zammı oranında hesaplanacak faiz ile birlikte alınan ödemeyi bir ay içinde iade etmeyi,
* Gerçekdışı beyanda bulunmam veya düzenlenen belgelerin gerçeğe uymaması durumunda hakkımda TCK’nın ilgili maddeleri doğrultusunda suç duyurusunda bulunulmasını, Kabul ve taahhütediyorum.

Gereğinin yapılmasını arz ederim. |
| Başvuru Sahibinin Adı Soyadı: |  |
| Başvuru Sahibinin Adresi: |  |
| Başvuru Sahibinin Telefon Numarası: |  |
| Tarih: |  | İmza: |  |

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

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