فرم اطلاع رسانی و اخذ تعهد از فرزندان اناث

به شماره شناسنامه ۱۴۶

گودرزوندچگینی

اينجانب صوفيا

به شماره بیمه

فرزند مرحوم/مرحومه زمان

متولد ۱۳۵۳۰۲۱۱

کد ملی ۴۳۲۲۸۲۶۲۳۷

...۵٣٣٩٢

در خواست برقراری مستمری فوت مادر / پدر خود را نموده و اعلام می نمایم در حال حاضر

.اشتغال به کار ندارم –

.ازدواج نکرده و دارای شوهر نمی باشم –

با اعلام آگاهی از این که حسب قانون، سازمان تامین اجتماعی تنها در صورت احراز دو شرط فوق به اینجانب مستمری پرداخت می نماید، بنابراین تعهد می نمایم به محض ازدواج، اشتغال، ویا تغییر نشانی خود مراتب را فوراً به سازمان تأمین اجتماعی اعلام نمایم در غیر این صورت اینجانب ملزم به پرداخت کلیه خسارات وارده به سازمان مطابق ماده ۹۷ قانون تأمین اجتماعی خواهم بود و سازمان تأمین اجتماعی می تواند علاوه بر قطع مستمری، وجوه دریافتی از تاریخ ازدواج و یا اشتغال و همچنین هزینه های خدمات درمانی ارئه شده در این دوره را، از محل اموال منقول و غیر منقول و در صورت فوت، از ماترک اینجانب وصول نماید

ماده ۹۷ قانون تامین اجتماعی:

هر کس به استناد و گواهی های خلاف واقع با توسل به عناوین و وسایل تقلبی از مزایای مقرر در این قانون به نفع خود استفاده نماید با موجبات استفاده افراد خانواده خود یا شخص ثالث را از مزایای مذکور فراهم سازد به پرداخت جزای نقدی معادل دو برابر خسارت وارده به سازمان تأمین اجتماعی و در صورت تکرار به حبس از نود و یک روز تا شش ماه محکوم خواهد شد.

لازم به یادآوری است چنانچه مستمری برقراری به دلیل ازدواج و یا اشتغال قطع گردد، پس از زوال شرایط مذکور (طلاق یا فوت شوهر و یا بیکاری) امکان بهره مندی از مزایای مستمری بازماندگان مجدداً فراهم خواهد گردید. خاطرنشان می سازد نظر به ضرورت اطمینان پایداری شرایط قانونی مذکور، از تاریخ تایید و ارسال این فرم می بایست سالیانه دوبار نسبت به تکمیل فرم تعبیه شده در سامانه خدمات غیر حضوری به نشانی es.tamin.ir(eservices.tamin.ir) اقدام نماید.بدیهی است تداوم تعهدات سازمان منوط به تکمیل فرم مذکور در تاریخ های یاد شده می باشد.

نشانی پستی دقیق محل سکونت: تهران-شهرک ولیعصر-سپیده شمالی-خیابان حمیدی-دشتستان دهم-پلاک۶-واحد۴ کد پستی: ۱۳۷۳۶۹۴۸۵۹ تلفن همراه: ۹۳۳۲۶۱۳۸۶۲ تلفن همراه: ۹۳۳۲۶۱۳۸۶۲ تلفن همراه: ۹۳۳۲۶۱۳۸۶۲

صوفیا گودرزوندچگینی تاریخ: ۱۴۰۴/۰۳/۱۵