Top of Form

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام |  |  | جنسیت |  |  |  |  |
| نام خانوادگی |  |  | شماره موبایل |  |  |  |  |
| کد ملی |  |  | نوع استخدام |  |  |  |  |
| محل صدور |  |  |  |  |  |  |  |
| تاریخ تولد |  |  |  |  |  |  |  |
| وضعیت تاهل |  |  |  |  |  |  |  |
| نام و نام خانوادگی همسر |  |  | کد ملی همسر |  |  | تاریخ تولد |  |
| محل اشتغال همسر |  |  |  |  |  |  |  |
| نام و نام خانوادگی فرزند اول |  |  | کد ملی فرزند اول |  |  | تاریخ تولد |  |
| نام و نام خانوادگی فرزند دوم |  |  | کد ملی فرزند دوم |  |  | تاریخ تولد |  |
| نام و نام خانوادگی فرزند سوم |  |  | کد ملی فرزند سوم |  |  | تاریخ تولد |  |
| نام و نام خانوادگی سایر افراد تحت تکفل |  |  | کد ملی |  |  | نسبت |  |
| نام و نام خانوادگی سایر افراد تحت تکفل |  |  | کد ملی |  |  | نسبت |  |

فرم اطلاعات اولیه پرسنل:

لطفا اطلاعات را به دقت و دقیق و خوانا تکمیل فرمایید

**فرم برقراری کمک هزینه مهد کودک بر اساس بند یک صورت جلسه‌ی مورخ 14/7/93 هیات رئیسه‌ی محترم دانشگاه**

معاونت محترم اداری و مالی دانشگاه

اينجانب ........................................... ، كارمند /هيات علمي ......................... دانشگاه ، ضمن ارائه كپي شناسنامه خود و فرزندم به نام .......................................، تقاضاي برقراري كمك هزينه مهد كودك بر اساس ماده يك دستورالعمل پرداخت كمكهاي رفاهي كه به فرزندان زير شش سال تعلق مي‌گيرد، را دارم.

همچنين اعلام مي‌دارم كه همسر اينجانب خانم ............................................ شاغل هيچ دستگاه دولتي و غير دولتي نمي‌باشد و از بابت كمك هزينه مهد كودك هيچ مبلغي دريافت نمي‌كنيم.( این بند مخصوص همکاران مرد می باشد).

اينجانب با آگاهي كامل از قوانين و مقررات نسبت به تكميل اين فرم اقدام نموده ام و تمام موارد را به دقت مطالعه و تكميل کرده ام و در صورت اثبات خلاف ادعاهاي بنده اين حق را به دانشگاه مي‌دهم كه نسبت به استرداد مبالغ دريافتي از اين بابت اقدام نمايد و بنده پاسخگوي ادعاي خود خواهم بود.

نام و نام خانوادگي

امضاء

مدارك پيوست:

* كپي شناسنامه و کارت ملی متقاضي و همسر و فرزندان
* كپي صفحه اول دفترچه بيمه همسرو فرزندان
* فرم بهره مندی وراث از سرمایه بیمه عمر

فرم تعيين استفاده كننده از سرمايه بيمه عمر موضوع مصوبه 15467/ت28916هـ

مورخ 18/2/1385 هيات محترم وزيران

(**اين فرم مي بايستي از طرف شخص بيمه شده تكميل و امضاء و توسط اداره ذيربط در دستگاه محل خدمت مستخدم گواهي و بايگاني گردد)**

**اينجانب فرزند دارنده شناسنامه شماره صادره از متولد كه در دستگاه اجرايي به صورت رسمي / غيررسمي خدمت مي كنم / بازنشسته شده ام / بــدينوسيله اعــلام مي نمــايم كه استفاده كننده / استفاده كنندگان از سرمايه بيمه عمر اينجانب در صورت فوت ، افراد مشروحه زير مي باشند:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نام و نام خانوادگي استفاده كننده** | **نام پدر** | **نسبت استفاده كننده با بيمه شده** | **سهم استفاده كننده از سرمايه** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |

نام و نام خانوادگي كارمند امضاء تاريخ

صحت امضاء آقاي / خانم مورد گواهي است .

اداره شماره تاريخ (مهر و امضاء)

تذكرات :

1. هرگونه تغيير بعدي در تعداد اسامي اعلام شده فوق و يا تغيير در سهم آنان مي بايستي كتباً از طرف بيمه شده به سازمان ذيربط اعلام تا ضميمه اين ورقه گردد ، در غير اينصورت مندرجات اين ورقه ملاك تقسيم سرمايه خواهد بود.
2. در صورتيكه استفاده كننده / استفاده كنندگان از سرمايه و يا سهم آنان از طرف بيمه شده تعيين نگرديده ، باشد سرمايه بيمه به نسبت مساوي بين وراث قانوني تقسيم خواهد شد.

فرمهای تکمیل شده به امور مالی دانشگاه و یا دفتر ریاست واحدهای مربوطه تحویل داده شود.