

Ek 1 - Masraf Karşılama Dilekçesi

Acil Yardımcılar için Bilgilendirme:

Sağlık sigortası olmayan bir hastayı tedavi ettiniz ve böylelikle, sosyal yardım kurumu tarafından sunulması gereken, ancak acil durumdan bihaber olması sebebiyle gerçekleştirilemeyen bir yardımda bulundunuz. Bir acil yardımcı olarak şimdi yetkili sosyal yardım kurumuna tedavi masraflarınızın tazmini için başvuruda bulundunuz. Yetkili sosyal yardım kurumunun vaktinde haberdar olması durumunda Sosyal Kanun Kitabı XII gereği ödeme yapmış olması bu tazmin hakkı için koşul teşkil etmektedir. Tarafınızdan tedavi edilen hasta, esasen tanınan yardıma hak kazanmış olması gerekir. Burada kanıt yükümlülüğünü siz taşımaktasınız. Sosyal yardım kurumunun yardım yükümlülüğü delilini kolaylaştırmak adına, hastanın sosyal yardım kurumuna bizzat müracaat etmesi durumunda da istenilecek olan ve aynı bilgileri soran ekteki anket formu geliştirilmiştir. Dolayısıyla acilen ve hastanın da kesin muvafakatiyle bu anket formunu doldurmanızı ve Sosyal Kanun Kitabı XII, madde 25 ve İltica Adayı Yardımı Kanunu, madde 6a gereği masraf iadesi dilekçenize eklemenizi kendi çıkarınız adına rica ederiz.

Hasta için Bilgilendirme:

Hastanede tıbbi tedavi gördünüz ancak sağlık sigortanız bulunmamaktadır. Dolayısıyla tedavinizin masraflarını kendiniz karşılamanız gerekmektedir. Lakin sosyal yardım veya İltica Adayı Yardımı Kanunu gereği yardım alma hakkına sahip olmanız durumunda istisnai olarak tedavi masraflarınız yetkili sosyal yardım kurumu tarafından hastaneye tazmin edilebilmektedir. Bu durumu tetkik edebilmek için ivedilikle aklı anket formunu tamamen cevaplayıp imzalamanız rica olunur. Akabinde sizi sağlık sigortanız olmaksızın tedavi eden hastane, anket formunu kendi Sosyal Kanun Kitabı XII, madde 25 ve İltica Adayı Yardımı Kanunu, madde 6a gereği masraf iadesi dilekçesiyle birlikte yetkili sosyal yardım kurumuna ibraz edecektir.

Yabancılar için Bilgilendirme:

Ceza Kanunu, madde 203 bent 1 ila 3'te anılan şahıslar (örneğin bir doktor, hastane idaresi) Ceza Kanunu, madde 203 gereği **Sır Saklama Zorunluğuna** tabidirler. Sosyal İşleri Dairesi, Sosyal Kanun Kitabı XII, madde 25 ve İltica Adayı Yardımı Kanunu, madde 6a gereği hakkın tetkiki kapsamında verilerinizi yabancılar dairesine iletebilir. Ancak sadece **isim** ve **doğum tarihi** iletilmektedir.

Hastaneye karşı Sosyal Kanun Kitabı XII, madde 25 gereği talep hakkınızı kullanma bağlamında vereceğiniz ve buranın hesaplama kapsamında sosyal kuruma iletilmesi gereken bilgiler İkamet Kanunu veya AB/Serbest Dolaşım Kanunu gereği tedbirler için kullanılamaz (sözde **genişletilmiş Sosyal Veri Koruma Kanunu**). İltica Adayı Yardımı Kanunu hak sahibiyse genişletilmiş Sosyal Veri Koruma Kanunu geçerli değildir. Bu durumda sosyal kurum tarafından iletilen verileriniz yabancı dairesi tarafından İkamet Kanunu veya Serbest Dolaşım Kanunu gereği tedbirler için kullanılabilmektedir.

Bunun haricinde yabancılar dairesine iletimin gerçekleştiği durumlar şöyledir.:

Yabancıların veya üçüncü şahıslardan hayati tehlikeyi bertaraf etmek için, ve yabancı kamusal sağlığı tehdit etmesi durumunda tehlikeyi önlemek adına özel koruma önlemleri yetersiz kaldığında veya yabancı tarafından temin edilemediği takdirde (İkamet Kanunu, madde 88 bent 2 no. 1)

veya

İkamet Kanunu, madde 54 bent 2 no. 4'te belirtilen (ağır uyuşturucu bağımlılığı ve rehabilitasyon tedbirini reddetmeye dair) koşulların mevcudiyetini tespit etmek için gerekli olduğu takdirde, İkamet Kanunu, madde 88 bent 2 no. 2.

Altındaki no. 1 Acil Yardımcı tarafından cevaplandırılacak.

Ek 1 - Masraf Karşılama Dilekçesi

1. Tıbben Acil Olay

a) Tıbben acil olay tanımlaması, tanı, gerekli tedavi ve aciliyet raporu içerir (doğrudan Acil Yardımcı, örneğın hastane, tarafından düzenlenir ve dilekçesine eklenir)

Hasta kabul zamanı/Tedavi aralığı

Altındaki no. 2 ila 13 hasta tarafından cevaplandırılacaktır.

2. Kişisel Verileriniz

Soyadı:

Adı:

Doğumla soyadı:

Doğum tarihi:

Doğum yeri:

Cinsiyeti:

Uyruğu:

Medeni hali:

Adres (alt adreste):
veya icabında mutat ikametgah:

İcabında Memleketteki adresi:

Telefon (açıklama zorunlu değil):

Pasaportun veya başka bir uygun kimlik belgesinin sureti (örneğin ehliyet gibi resimli başka bir resmi belge vs.) ekleyiniz.

Kopyası mümkün değil, zira
Bunun yerine kimlik altındaki şekilde belgelenmektedir:

Hangi **ikamet statüsü** taşımaktasınız?
(Lütfen belge sureti ekleyiniz)

İkamet tezkeresi veya başka belgenin statüsü/bildirimi:

Geçerlilik sonu:

Düzenleyen makam:

3. Reşit olmayan hastalarda: Velilerine dair bilgiler:

Ek 1 - Masraf Karşılama Dilekçesi

Babası:

Soyadı:

Adı:

Doğum tarihi:

Adresi:

Sağlık sigortası:

Annesi:

Soyadı:

Adı:

Doğum tarihi:

Adresi:

Sağlık sigortası:

a) **Velilerinin geliri** var mı?

Evet – hangi miktarda ? : _____ Euro/ayda

Gelir kaynakları:

Sosyal sigortalı istihdam

Cüzi gelirli istihdam (Minijob)

Serbest Çalışma

Sosyal yardım gelirleri (örneğin Sosyal Kanun Kitabı II)

(Lütfen belge ibraz ediniz)

Hayır

Hayırsa, geçim alttaki şekilde temin edilmektedir:

4. Gelir ve Varlık hakkında beyan

Geçiminizi nasıl temin etmektesiniz?

a) **Geliriniz** var mı?

Evet – Hangi miktarda?: _____ Euro/ayda

Evetse: Gelir kaynakları:

Sosyal sigortalı istihdam

Cüzi gelirli istihdam (Minijob)

Serbest Çalışma

Ek 1 - Masraf Karşılama Dilekçesi

Sosyal yardım gelirleri, bunlar:

Nafaka

Diğer gelirler (Emeklilik, Kira vs.)

Hayır

Hayırsa, geçimin temin edilişi veya edildiği şekil (geçimin nasıl ve nerede sağlandığı, örneğin şişe toplama, kösteklerin satışı gibi) somut listeleme):

b) Almanya veya başka bir ülkede (özellikle yabancılarda: memleketinizde) **mal varlığınız** mevcut mu?

Hayır

Evet – Hangi miktarda veya değerinde?

Nakit:

Birikmiş mevduat:

Arsa/Emlak:

Özel motorlu araç:

Diğer varlıklar:

5. Üçüncü şahısların hastalığa sebep olmaları

Hastalığınıza **üçüncü şahıslar mı sebep oldular** (örneğin bir araba kazasıyla)?

Hayır

Evet

Evetse, lütfen kaza durumunda kazaya götüren yer ve koşulları belirtiniz:

Üçüncü şahsın veya icabında sigortanın adını ve adresini açıklayınız:

Sizin **çalışmanız / işinizle alakalı** (örneğin iş kazası, okul esnasında, yol kazası gibi) **bir kaza** söz konusu mu?

Hayır

Evet

Evetse, lütfen kaza durumunda kazaya götüren yer ve koşulları belirtiniz:

İşveren veya okulun adını ve adresini açıklayınız:

Ek 1 - Masraf Karşılama Dilekçesi

Kaza sigorta kuruluşunun adını ve adresini açıklayınız:

6. Kendi Sağlık Sigortanız

Almanya'da sağlık sigortanız var mı/mıydı?

- Evet:**
- Yasal sağlık sigortası (icabında aile sağlık sigortası)
- Özel sağlık sigortası

Sigortanın veya sağlık sigortasının adı ve merkezi:

Ne zamana kadar sigortalıydınız?

- Hayır**
- Hayırsa: Altaki yasal sağlık sigortasını seçiyorum:

Geldiğiniz ülkede sağlık sigortanız var mıydı?

- Evet - Sigortanın adı / merkezi / Sigorta ülkesini açıklayınız

(Belge sureti, örneğin yurtdışı sağlık sigortası poliçesi, **European Health Insurance Card** (EHIC, Avrupa Sağlık Sigortası Kartı, geçici belge (PEB) eklenmelidir)

- Hayır
- (Mevcut olmadığına dair belgenin sureti eklenmelidir)

Ne zamana kadar sigortalıydınız?

Geldiğiniz ülkede **seyahat sigortası** yaptırdınız mı?

- Evet - Sigortanın adı / merkezi / Sigorta ülkesini açıklayınız
(Lütfen belge sureti ekleyiniz)
- Hayır

7. Eş veya hayat partnerinin sağlık sigortası (memlekette hayat partnerliği evlilikle eşit durumdaysa)

Soyadı:

Almanya'da sağlık sigortası mevcut mu/muydu?

- Evet:
- Yasal sağlık sigortası (icabında aile sağlık sigortası)
- Özel sağlık sigortası

Sigortanın veya sağlık sigortasının adı ve merkezi:
(Lütfen belge sureti ekleyiniz)

Ne zamana kadar sigortalıydı?

- Hayır

Ek 1 - Masraf Karşılama Dilekçesi

Eşiniz veya hayat partnerinizin geldiğiniz ülkede sağlık sigortası var mıydı?

Evet - Sigortanın adı / merkezi / Sigorta ülkesini açıklayınız

(Belge sureti, örneğin yurtdışı sağlık sigortası poliçesi, **European Health Insurance Card** (EHIC, Avrupa Sağlık Sigortası Kartı, geçici belge (PEB) eklenmelidir)

Hayır

(Mevcut olmadığına dair belgenin sureti eklenmelidir)

Eşinizin veya hayat partneriniz geldiniz ülkede seyahat sigortası yaptırdı mı?

Evet - Sigortanın adı / merkezi / Sigorta ülkesini açıklayınız

(Belge sureti eklenmelidir)

Hayır

8. Hamilelik veya doğum durumunda

Çocuğun babası: Adı, adresi, sağlık sigortası ve uyuşu

Çocuğun babası belli değil

9. Almanya'ya giriş ve burada ikamete dair açıklama

Ne zaman Almanya'ya giriş yaptınız?

Ne zamandan beri Hamburg'da kalmaktasınız?

Hamburg'a taşınmadan evvel nerede ikamet ettiniz?

Neden Almanya'ya geldiniz?

Giriş yapmanızdan evvel üçüncü bir şahıs, yabancılar dairesi veya yurtdışı temsilciliğine **İkamet Kanunu, madde 68** gereği bir **sorumluluk beyanında** bulundu mu? (Almanya'da bir kimse geçiminizi temin edecek miydi?)

Hayır

Evet - Sorumluluk üstelenen kişinin adı ve adresi:
(mümkünse sorumluluk beyanının sureti eklenmelidir)

Hastalığınızın tedavisinden sonra buradan ayrılmayı kabul ediyor musunuz?

Hayır, sebep:

Evet

Ek 1 - Masraf Karşılama Dilekçesi

Bilgilendirme: Tedaviden sonra ayrılmayı kabul etmeniz durumunda, çıkış prensip olarak en geç tedavi sonundan bir ay sonra yapılmalıdır.

10. Hastanın eşi veya hayat partneri hakkında açıklama:

Eşi veya hayat partneri yoktur

Soyadı:

Adı:

Doğumla soyadı:

Doğum tarihi:

Doğum yeri:

Cinsiyeti:

Uyruğu:

Şu anki mesleki çalışması:

Medeni hali:

Adresi:
(alt adres de)

İcabında Memleketteki adresi:

Telefon (açıklama zorunlu değil):

İcabında İkamet durumu:
(Lütfen belge sureti ekleyiniz)

11. Eş veya hayat partnerin gelirine dair açıklama

Eşiniz veya hayat partnerinizin veya (reşit olmayan hastalarda) velilerinizin geliri var mı?

Evet – hangi miktarda?: _____ Euro/ayda

Gelir kaynakları:

Sosyal sigortalı istihdam

Cüzi gelirli istihdam (Minijob)

Serbest Çalışma

Sosyal yardım gelirleri
(Lütfen belge ibraz ediniz)

Hayır

Ek 1 - Masraf Karşılama Dilekçesi

Hayırsa, geçim alttaki şekilde temin edilmektedir:

12. Hastanın çocuklarına dair açıklama

Çocuklar Evet Hayır

Evetse, lütfen listeyi doldurunuz:

	Çocuk 1	Çocuk 2	Çocuk 3
Soyadı			
Adı			
Doğumla soyadı			
Doğum tarihi			
Doğum yeri			
Cinsiyeti			
Uyruğu			
Medeni hali			
Adres (alt adres de)			
İcabında Memleketteki adresi			
Telefon (açıklama zorunlu değil)			
İcabında İkamet durumu (lütfen belge sureti ekleyiniz)			
Okul, şayet okula gidiliyorsa (Lütfen belge sureti ekleyiniz)			

Ç

Evet - hangi miktarda?: _____ Euro/ayda

Gelir kaynakları:

- Sosyal sigortalı istihdam
- Cüzi gelirli istihdam (Minijob)

Ek 1 - Masraf Karşılama Dilekçesi

- Serbest Çalışma
 Sosyal yardım gelirleri

Evetse: Velilere nafaka veriliyor mu (örneğin finansal destek, daire)?
Hangi miktarda?

13. Diğer kurumlar tarafından destek

Bir **avukat** tuttunuz mu? Evetse, hangi alanlarda işlerinize bakıyor? Size ait belgeler var mı orada?

Soyadı:

Adresi:

Tel./Faks/Email:

Göçmen veya Danışma Kurumundan danışma veya destek alıyor musunuz? Geçmişte bir göçmen veya danışma kurumuyla irtibatınız var mıydı? Size ait belgeler var mı orada?

Soyadı:

Adresi:

Tel./Faks/Email:

Hasta Beyanı:

Yukarıdaki açıklamaları doğru olarak yaptığımı tasdik ederim.

Masraf karşılama kapsamında verilerimin hesaplama amacıyla Hamburg Sosyal Yardım Kurumuna iletilip işlenmesine razıyım ve bu meyanda doktoru sır mükellefiyetinden muaf tutuyorum.

Tedavi masraflarının sosyal yardım kurumu tarafından karşılanmasını rica ediyorum.

Tarih, yer ve hastanın imzası