

" فرم پیوست شماره ۱ "

شماره :

تاریخ :

« فرم درخواست انتقال کسور بازنشستگی یا حق بیمه از سایر صندوقها به صندوق تأمین اجتماعی »

شعبه تأمین اجتماعی :

باسلام

اینجانب دستگاه مؤسسه بیمه شده شماره دارای سابقه پرداخت کسور بازنشستگی یا حق بیمه نزد صندوق بازنشستگی..... می باشم و:

۱- به موجب حکم استعفاء ○، اخراج ○، انفصال دائم ○، باز خرید خدمت (به جز قانون تعدیل) ○، انتقال ○، تغییر ساختار سازمانی ○ (موضوع مشمولین قانون نقل و انتقال حق بیمه یا بازنشستگی مصوب ۶۵/۳/۲۷ مجلس شورای اسلامی)

۲- به موجب حکم باز خرید خدمت به استناد قانون اصلاح تبصره یک ماده ۷۴ قانون استخدام کشوری (موضوع مشمولین ماده یک قانون نحوه تعدیل نیروی انسانی دستگاههای دولتی مصوب ۶۶/۱۰/۲۷ مجلس شورای اسلامی)

۳- ○ درخواست تغییر صندوق بازنشستگی و عضویت در صندوق تأمین اجتماعی می نمایم، (موضوع ماده ۴۲ قانون برنامه سوم توسعه که طی ماده ۱۰۳ قانون برنامه چهارم و بند «ب» ماده ۲۸ قانون برنامه پنجم توسعه تنفیذ گردیده است).

تقاضا دارم با توجه به خروج از عضویت خدمات صندوق مذکور ، نسبت به انتقال کسور بازنشستگی حسب قوانین مربوطه از صندوق قبلی به حساب آن شعبه ، اقدام لازم معمول گردد .

در حال حاضر نیز به اعتبار اشتغال در کارگاه شماره به شماره

در زمره بیمه شدگان :

اجباری ○ صاحبان حرف و مشاغل آزاد ○ مشمول قانون بیمه اجتماعی رانندگان ○ اختیاری ○

سایر مشمولین قانون تأمین اجتماعی ○ قرار دارم .

با اطلاع از جمیع مقررات قانونی از جمله ماده ۳۰ قانون برنامه پنجم توسعه که افراد می توانند در صورت انتقال به سایر دستگاهها یا باز خریدی، اخراج، استعفاء و استفاده از مرخصی بدون حقوق (بدون محدودیت زمان) کماکان مشمول صندوق بازنشستگی خود باشند، و نحوه پرداخت مابه التفاوت متعلقه ناشی از انتقال کسور بازنشستگی و همچنین استفاده از سوابق مذکور در برخورداری از حمایت های مقرر قانونی (مندرج در ظهر این فرم) و احتمال تغییر مقررات جاری در اجرای قوانین موضوعه، تعهد می نمایم ظرف مهلت توافق شده (حداکثر یک سال از تاریخ درخواست و انعقاد قرارداد مربوطه) نسبت به پیگیری امور مرتبط با انتقال کسور بازنشستگی از دستگاه یا صندوق بازنشستگی متبوع قبلی خود و ارائه آن به آن شعبه اقدام نمایم، در غیر اینصورت در زمینه این درخواست ادعایی نخواهم داشت .

ضمناً به محض تغییر نشانی ، مراتب را کتباً به آن شعبه اعلام خواهم کرد.

نشانی و تلفن تماس :

نام و نام خانوادگی و امضاء متقاضی :

شماره و تاریخ ثبت درخواست در شعبه: