

فرم ادعای سابقه

شماره:

تاریخ:

الف) مشخصات هویتی

نام:	نام خانوادگی:	شماره شناسنامه:
شماره بیمه:	نام پدر:	تاریخ تولد:
شماره ملی:	سری و سریال شناسنامه:	

ب) وضعیت فعلی

بیمه شده مستمری بگیر مقرری بگیر متوفی: تاریخ فوت: علت فوت:

مشمول سایر صندوق ها ازکارافتاده کلی: تاریخ حادثه یا شروع بیماری:

ناشی از کار غیرناشی از کار سایر: ذکر شود:

ج) مدعی اشتغال فعلی

خود شغفص وکیل قانونی: نام و نام خانوادگی: تلفن:

وارث قانونی: نام و نام خانوادگی: نسبت: شماره انحصار وراثت/وکالتنامه:

د) مشخصات هویتی

نام کارگاه:	کد کارگاه:	نام کارفرما:
نوع فعالیت:	شخصیت: <input type="radio"/> مقیمی <input type="radio"/> مقوقی	شغل:
کارگاه دائر می باشد: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> فیر <input type="radio"/>		
نشانی کارگاه:		تلفن کارگاه:
1 - اظهار مدعی: از تاریخ لغایت نظریه کارفرما: با توجه به مدارک موجود، مراتب مورد تأیید نمی باشد <input type="radio"/> می باشد <input type="radio"/> کارکرد نامبرده از تاریخ لغایت با شغل: و دستمزد ماهانه ریال مورد تأیید است.		
2 - اظهار مدعی: از تاریخ لغایت نظریه کارفرما: با توجه به مدارک موجود، مراتب مورد تأیید نمی باشد <input type="radio"/> می باشد <input type="radio"/> کارکرد نامبرده از تاریخ لغایت با شغل: و دستمزد ماهانه ریال مورد تأیید است.		
3 - اظهار مدعی: از تاریخ لغایت نظریه کارفرما: با توجه به مدارک موجود، مراتب مورد تأیید نمی باشد <input type="radio"/> می باشد <input type="radio"/> کارکرد نامبرده از تاریخ لغایت با شغل: و دستمزد ماهانه ریال مورد تأیید است.		
نام، مهر و امضای کارفرما		

ه) اطلاعات هویتی سایر کارکنان کارگاه

نام	نام خانوادگی	شغل

و) مدارک و مستندات

-1	-2	-3
و...		

نشانی محل سکونت مدعی: تلفن: اثرانگشت و امضاء مدعی

ماده 97 قانون تامین اجتماعی، هر کس به استناد اسناد و گواهی های خلاف واقع یا با توسل به عناوین و وسایل تقلبی از مزایای مقرر در این قانون به نفع خود استفاده نماید یا مویبات استفاده افراد خانواده خود یا اشخاص ثالث را از مزایای مذکور فراهم سازد، به پرداخت جزای نقدی معادل دو برابر خسارت وارده به سازمان و در صورت تکرار به حبس چنمه ای از شصت و یک روز تا شش ماه محکوم خواهد شد.

