

T.C.
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU
SİGORTALI İŞE GİRİŞ BİLDİRGESİ
(4/1-a-b kapsamındaki sigortalılar için)

Ek-4

SOSYAL GÜVENLİK SİCİL NUMARASI (T.C.Kimlik Numarası)										BELGENİN MAHİYETİ					İlk <input type="checkbox"/>																																																																																		
															Tekrar <input type="checkbox"/>																																																																																		
A-SİGORTALININ KİMLİK BİLGİLERİ																																																																																																	
1	Adı								11	Yabancı Uyruklu İse Ülke Adı																																																																																							
2	Soyadı								12	Öğrenim durumu				İlköğr.	<input type="checkbox"/>	Lise	<input type="checkbox"/>																																																																																
3	İlk Soyadı													Ön lisans	<input type="checkbox"/>	Lisans	<input type="checkbox"/>																																																																																
4	Baba Adı													Okur yazar	<input type="checkbox"/>	Diğer	<input type="checkbox"/>																																																																																
5	Ana Adı								13	Askerlik durumu				Başlangıç-Bitiş Tarihi .../.../.....-.../.../.....																																																																																			
6	Doğum Yeri													Er	<input type="checkbox"/>	Yedek Sb	<input type="checkbox"/>																																																																																
7	Doğum Tarihi													Muaf	<input type="checkbox"/>	Tecilli	<input type="checkbox"/>																																																																																
8	Cinsiyeti				Erkek	<input type="checkbox"/>	Kadın	<input type="checkbox"/>	14																																																																																								
9	Medeni Hali				Evli	<input type="checkbox"/>	Bekar	<input type="checkbox"/>								İkametgah adresi : Bulvar: Cadde: Sokak:..... Dış Kapı No:..... İç K.No:..... Mahalle/Köy:..... Posta Kodu : İlçe:..... İl:.....																																																																																	
NÜFUSA KAYITLI OLDUĞU YER							Görevi Ev Tel Cep Tel																																																																																										
10																							İl							İlçe																																																																			
																																					Mahalle/Köy							Cilt No																																																					
																																																			Aile SıraNo(Hane-Küttük)							(Birey) Sıra No																																							
							B- SİGORTALININ SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ																																																																																										
							15	Sigortalılık Türü/kodu		4 (a) Hizmet Akdine Tabi Çalışan																																		Sigortalılık Kodu		4 (b) Muhtar ile Hizmet Akdine Bağlı Olmaksızın Kendi Adına ve Hesabına Bağımsız Çalışan				16		Sigortalı İş Kanununun 30. Maddesine Göre Çalıştırılıyorsa		Eski Hükümlü	<input type="checkbox"/>																																										
																																																				Özürlü		<input type="checkbox"/>																																											
17		01.10.2008 Tarihinden Önce Çalışmış İse		Kurumu	SSK		Bağ-Kur		Emekli Sandığı		506-G.20. mad. san.																																																																																						
18		Yaşlılık Aylığı Alıyorsa Devam Etmek İsteddiği Sigorta Kolu				Sosyal Güv.Dest.Primi				<input type="checkbox"/>	Tüm Sig. Kolları				<input type="checkbox"/>																																																																																		
19		4-1/b Kapsamındaki Sigortalının		Mesleği		Meslek İli		Meslek İlçesi																																																																																									
20		Sigortalının İşe Başladığı Tarih	/...../.....																																																																																													
C-BEYAN VE TAAHHÜTLER																																																																																																	
21																																																																																																	
Yukarıda yazılı hususların gerçeğe uygun olduğunu ve olabilecek değişiklikleri derhal Kuruma ve İşverene bildireceğimi beyan ederim./...../.....																																																																																																	
Sigortalının Adı- Soyadı:																																																																																																	
İmzası																																																																																																	
İŞYERİ SİCİL NUMARASI																																																																																																	
İLGİLİ KURUM/KURULUŞ/ VERGİ DAİRESİ / ODA /TİCARET-ESNAF SİCİL NUMARASI																																																																																																	
22																																																																																																	
23																																																																																																	
24																																																																																																	
İşverenin/İşyerinin/İlgili Kuruluşun Adı-Soyadı/Ünv. İşverenin/İşyerinin/İlgili Kuruluşun Adresi																																																																																																	
Bulvar: Cadde:																																																																																																	
Sokak:..... Dış Kapı No:..... İç K.No:.....																																																																																																	
Mahalle/Köy:..... Posta Kodu :																																																																																																	
İlçe:..... İl:.....																																																																																																	
Yukarıda yazılı hususların sigortalının nüfus cüzdanındaki ve beyan ettiği resmi belgelerdeki kayıtlara uygun bulunduğunu ve doğru olduğunu beyan ederim.																																																																																																	
...../...../.....																																																																																																	
Onaylayanın Yetkilinin																																																																																																	
Adı Soyadı, İmzası, Mühür veya Kaşesi																																																																																																	

AÇIKLAMALAR

1. Bu belge, hizmet akdine tabi çalışanlar ile muhtar ve kendi adına ve hesabına bağımsız çalışan sigortalıların 5510 sayılı Kanununun 8 inci maddesine göre Kuruma bildirilmesi amacıyla kullanılır.

2. Sigortalı İşe Giriş Bildirgesi Kuruma internet, elektronik veya benzeri ortamda verilir. İşverenler bilgisayarlarından alacakları Kurumca üretilmiş barkod numaralı çıktılardan bir nüshasını sigortalıya verir, bir nüshası da işverence sigortalı dosyasında saklanır. Ancak, Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendine göre sigortalı sayılanlar hakkında Kuruma yapılacak bildirimler, söz konusu sigortalıları bildirmekle yükümlü kurum ve kuruluşlar ile Kurum arasında internet ve elektronik alt yapı oluşturuluncaya kadar kağıt ortamında yürütülür.

Tarımsal faaliyette bulunanlara ait sigortalı işe giriş bildirgesi, ziraat odasınınca, ziraat odası bulunmayan yerlerde tarım il/ilçe müdürlüklerince veya kendileri tarafından kayıt tarihinden itibaren 30 gün içinde Kuruma bildirilir. Ziraat odaları, tarım il/ilçe müdürlükleri işe giriş bildirgesini elektronik veya benzeri ortamda bildirebileceği gibi postayla da gönderilebilirler.

3. "Sosyal Güvenlik Sicil Numarası" hanesine, T.C kimlik numarası, yabancı uyruklular için ise Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğünce verilen kimlik numarası yazılır. Bu alan en soldaki kutucuktan başlamak üzere her kutuya bir rakam gelecek şekilde doldurulur.

4. Bu bildirgenin bütün haneleri, nüfus cüzdanına ve sigortalı tarafından işverene ibraz edilen diğer resmi belgelere göre tam, doğru ve okunaklı olarak doldurulur. Noksan ve hatalı düzenlenen bildirme işlemi alınmaz ve sigortalının tescil işlemi yapılmaz. Bundan doğabilecek tüm sorumluluklar işveren, ilgili kurum ve kuruluş ile sigortalıya aittir.

5. "Belgenin Mahiyeti" bölümünde ilk defa sigortalı olacak kişi için düzenlenen bildirgenin üst bölümündeki "İlk", daha önce sigorta olanlar ise "Tekrar" kelimesinin yanındaki kutu (X) ile işaretlenir.

6. 1 ila 14 numaralı alanlar sigortalının nüfus cüzdanı bilgileri ile uyruk, öğrenim, askerlik durumu ve adres bilgilerine göre doldurulur.

7. 15 numaralı alanda belirtilen sigortalılık türü alanı,, 5510 sayılı Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) veya (b) bendi kapsamında olup olmadığına göre işaretlenir. Sigortalılık kodları;

(a) bendi kapsamında sigortalı sayılanlar için;

- (0) Mecburi sigortalı
- (2) Sosyal güvenlik sözleşmesi bulunmayan ülkelerde çalışan Türk işçileri
- (5) Göçmenler
- (6) Yurtdışı borçlanması yapanlar
- (7) Çıraklar ve stajyer öğrenciler
- (8) Sosyal güvenlik destek primine tabi çalışanlar
- (10) Cezaevlerindeki hükümlü ve tutuklular
- (11) Sanatçılar, düşünürler ve yazarlar
- (12) Sözleşmesiz ülkeler yabancı uyruklu sigortalılar
- (13) 4081 Sayılı Kanuna göre çalışanlar
- (14) Umumi kadınlar
- (15) Usta ve sözleşmeli öğretici
- (16) Sendika konfederasyon başkanlıkları, yönetim kurulu üyeleri
- (17) 657 sayılı Kanununun 4/b kapsamında çalışanlar
- (18) 657 sayılı Kanununun 4/c kapsamında çalışanlar

(b) bendi kapsamında sigortalı sayılanlar için;

- (1) Muhtar
- (2) Vergi mükellefleri
- (3) Vergiden muaf olanlar
- (4) Şirket ortakları
- (5) Tarımsal faaliyette bulunanlar
- (6) İsteğe bağlı sigortalılar
- (7) Jokey ve antrenörler
- (8) Avukatlar
- (9) Noterler

8. Yaşlılık aylığı almakta iken yeniden çalışmaya başlayanlardan; aylıklarının ödenmesine devam edilmesini isteyenler için bu bildirgenin 18 numaralı alandaki "Sosyal Güvenlik Destek Primi", aylıklarının kesilmesini isteyenler için ise aynı alandaki "Tüm Sigorta Kolları" sözcüğünden sonraki kutu (X) ile işaretlenir.

9. 19 numaralı alana Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamındaki sigortalıların mesleği, meslek ili ve ilçesi yazılır.

10. 20 numaralı alana sigortalının ilk veya tekrar işe başladığı tarih yazılır..

11. Bildirgenin "C-Beyan ve Taahhütler" bölümünün 21 numaralı alanı, internet ortamı dışında verilmesi halinde sigortalı tarafından imzalanır. 22 numaralı alana, Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki sigortalıları çalıştıran işveren bilgileri, 23 numaralı alana ise, 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (b) kapsamındaki sigortalıları bildirmekle yükümlü ilgili kurum, kuruluş, birlikler veya vergi daireleri bilgileri yazılır..

12. Kanununun 4 ve 5 inci maddeleri gereğince hizmet akdine tabi olarak sigortalı çalıştıran işverenlerle 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendi gereğince sigortalıları sigortalılık başlangıcından itibaren kendi mevzuatlarına göre kayıt veya tescil yapan ilgili kurum, kuruluş ve birlikler veya vergi dairelerinden sigortalı işe giriş bildirgesini yasal süresi içinde Kuruma vermeyenlere her bir sigortalı için idari para cezası uygulanır. Belgenin Kuruma yasal süresinde verilip verilmediğinin tespitinde adi postayla gönderilmesi halinde Kurum kayıtlarına intikal ettiği tarih, iadeli taahhütlü veya acele posta ile gönderilmesi halinde postaya verilmiş tarihi esas alınır.