



سازمان تامین اجتماعی

فرم ادعای سابقه

شعبه:

شماره:

تاریخ:

فرم شماره یک

الف - مشخصات هویتی

نام: نام خانوادگی: شماره شناسنامه: شماره بیمه/مستمری:
 نام پدر: محل صدور: تاریخ تولد: / / ۱۳ شماره ملی: سری و سریال شناسنامه:

ب - وضعیت فعلی

☐ بیمه شده، ☐ مستمری بگیر، ☐ مقرری بگیر بیکاری، ☐ متوفی: تاریخ فوت: / / ۱۳ علت فوت:، ☐ مشمول سایر صندوقها
☐ از کار افتاده کلی: تاریخ حادثه یا شروع بیماری: / / ۱۳ ناشی از کار ☐ غیر ناشی از کار ☐ سایر: ذکر شود:

ج - مدعی اشتغال

☐ خود شخص ☐ وکیل قانونی: نام و نام خانوادگی: تلفن:
☐ وارث قانونی: نام و نام خانوادگی: نسبت: شماره انحصار وراثت / وکالتنامه:

د - دوره های مورد ادعا در کارگاه

نام کارگاه: کد کارگاه: نام کارفرما:
 نوع فعالیت: شخصیت: ☐ حقیقی ☐ حقوقی، شغل: کارگاه دائر می باشد: ☐ بلی ☐ خیر
 نشانی کارگاه: تلفن کارگاه:

۱- اظهار مدعی: از تاریخ / / ۱۳ لغایت / / ۱۳
 نظریه کارفرما: با توجه به مدارک موجود، مراتب مورد تأیید ☐ نمی باشد، ☐ می باشد.
 کارکرد نامبرده از تاریخ / / ۱۳ لغایت / / ۱۳ با شغل: و دستمزد ماهانه ریال مورد تأیید است.

۲- اظهار مدعی: از تاریخ / / ۱۳ لغایت / / ۱۳
 نظریه کارفرما: با توجه به مدارک موجود، مراتب مورد تأیید ☐ نمی باشد، ☐ می باشد.
 کارکرد نامبرده از تاریخ / / ۱۳ لغایت / / ۱۳ با شغل: و دستمزد ماهانه ریال مورد تأیید است.

۳- اظهار مدعی: از تاریخ / / ۱۳ لغایت / / ۱۳
 نظریه کارفرما: با توجه به مدارک موجود، مراتب مورد تأیید: ☐ نمی باشد، ☐ می باشد.
 کارکرد نامبرده از تاریخ / / ۱۳ لغایت / / ۱۳ 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

۱-	۲-	۳-	و ...
----	----	----	-------

نشانی محل سکونت مدعی: تلفن: اثر انگشت و امضاء مدعی

ماده ۹۷ قانون تامین اجتماعی: هر کس به استناد اسناد و گواهیهای خلاف واقع یا با توسل به عناوین و وسایل تقلبی از مزایای مقرر در این قانون به نفع خود استفاده نماید یا موجبات 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 چنانچه ای از شصت و یک روز تا شش ماه محکوم خواهد شد.