

ÇANKAYA
SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA VAKFI BAŞKANLIĞI
ANKARA

ŞARTLI SAĞLIK YARDIMI
HAKSAHİBİ SÖZLEŞMESİ

İşbu sözleşme ile aşağıda belirtilen, Şartlı Sağlık Yardımından yararlanabilme koşulları konusunda talep sahibi ile ilgili Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı (SYDV) arasında mutabakata varılmıştır. Bu sözleşmenin imzalanması, talep sahibine ilgili yardımı kesintisiz alabileceği konusunda herhangi bir taahhüt **bahsetmez**. Hak sahipliği ancak sözleşmede öngörülen koşullarının taşındığının SYDV tarafından tespit edilmesi ile başlar ve devam ettirilir.

- Yardım Başvuru Formundaki tüm beyanlarımın doğru olduğunu, talep edildiği takdirde beyanlarımı doğrulayacak her türlü bilgi ve belgeyi ibraz edeceğimi, vakıfça hakkımda yapılacak her türlü incelemeyi, araştırmayı; başvuru formunda belirtmiş olduğum hususlardan herhangi birinin doğru olmadığını ve yardımı sözleşme kapsamındaki işler dışında harcadığımı ortaya çıkması halinde hak sahipliğimin sona erdireceğini **ve hesabımdaki ilgili yardımı parasının geri alınacağını**,
- İlgili yardım parasını yalnızca çocuğumun/çocuklarımların sağlık ihtiyaçları ve/veya gebeliğim süresince kendi sağlık ihtiyaçlarım için **kullanacağımı**,
- Yoksulluk halimin ortadan kalkması, ikametgâhımın değişmesi; kendimin veya hanemdeki diğer kişilerin güvenceye (SGK) sahip olması durumumu en geç bir ay içerisinde vakfa bildireceğimi, bu durumda ilgili yardım hak sahipliğimin feshedilmesine razı olacağımı; ayrıca haksahipliği koşullarını haiz olmamama rağmen sehven veya hile ile hesabıma yatırılan ilgili yardım tutarlarını **kanuni faiziyle birlikte geri ödeyeceğimi**,
- Şartlı Sağlık Yardımı aldığım süre içerisinde, 0-6 yaş grubu çocuğum/çocuklarımlar tarafıma bildirilen tarihlerde bağlı bulunduğum Sağlık Ocağına/Aile Hekimliğine götürerek sağlık kontrollerini aksatmadan yaptıracağımı ve sağlık kontrollerini yaptırmadığımı tespit edilen çocuğum/çocuklarımlar için bu aylara ait ödemeleri alamayacağımı ve **bu konuda herhangi bir hak talebinde bulunmayacağımı**,
- Şartlı Gebelik Yardımı aldığım süre içerisinde, tarafıma bildirilen tarihlerde bağlı bulunduğum sağlık kurumuna giderek sağlık kontrollerimi aksatmadan yaptıracağımı ve sağlık kontrollerini yaptırmadığımı tespit edilen aylara ait ödemeleri alamayacağımı ve **bu konuda herhangi bir hak talebinde bulunmayacağımı**,
- Şartlı Sağlık Yardımı programı kapsamında tarafıma yatırılan yardım tutarlarını yatırılma tarihinden itibaren **6 ay içerisinde çekmediğim takdirde** yardım talebinden vazgeçmiş sayılacağımı ve bu sebepten dolayı **geri çekilen yardım param üzerinde herhangi bir hak iddia etmeyeceğimi**,
- Yardım haksahipliğimin herhangi bir sebepten ötürü feshedilmesi sonucunda, adıma yatırılan paraya bloke konulmasını ve Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü'nün hesabına iadesini ve **bundan dolayı herhangi bir hak talebinde bulunmayacağımı**,
- SYGM**, tümüyle kendi takdirinde olmak üzere ve önceden haber vermeksizin, bu sözleşme şartlarını **değiştirebilir veya düzeltebilir**.

Yukarıdaki 8 maddeyi içeren metni okudum/ tarafıma okundu ve kabul ettim.

BAŞVURAN ADINA	SYDV ADINA
Adı-Soyadı :	Adı-Soyadı :
İmza :	İmza/Mühür :
Tarih :	Tarih :