

5. SOSYAL YARDIM ALMADIĞINA DAİR İLMUhaber BAŞVURUSU

Eğer Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından ABD’de herhangi bir sosyal yardım almadığınıza dair bir evrak talep edildiyse, size en yakın Social Security Administration Ofisine müracaatla “Form SSA-2458 (Report of Confidential Social Security Benefit Information)” adlı form başvurusunda bulunmanız gerekmektedir.

Alacağınız formun üzerinde yetkili imzası ya da ofis kaşesinin olması gerekmektedir. Alacağınız bu formla temsilciliğimize müracaat etmeniz durumunda belge üzerinde yazan bilgiler doğrultusunda herhangi bir sosyal yardım almadığınıza dair ilmuhaber düzenlenmesi mümkündür.

Sosyal Yardım Almadığınıza Dair Ilmuhaber Belgesi başvurusu şahsen ya da posta yoluyla yapılabilmektedir. Söz konusu başvurunun **şahsen yapılması** durumunda www.konsolosluk.gov.tr adresinde adresinden Noterlik Bölümünden “Yabancı Makamlardan Alınan Belge Tasdiki” başlığından **randevu alınması zorunludur**.

Başvuru İçin Gerekli Evraklar:

1. Başvuru Formu (Bu belgenin ekinde sunulmaktadır.)
2. Form SSA-2458 (Report of Confidential Social Security Benefit Information) aslı ve 1 adet fotokopisi
3. T.C. Nüfus Cüzdanının/T.C. Kimlik Kartının 2 adet fotokopisi,
4. (Postayla başvurulması durumunda) Ücreti ödenmiş ve adresleri yazılmış takip numaralı iade zarfı (Yukarıda belirtilen evrakların da size iade edileceğini göz önüne alarak lütfen takip numaralı büyük bir zarf gönderiniz.)

Harç Bedeli:

18,70 ABD Doları tutarında nakit (cash)

Postayla başvuru durumunda: Money Order – (Payable to: Turkish Consulate in Los Angeles)

İlave Açıklamalar:

Form SSA-2458 ile ilgili daha fazla bilgi için <https://secure.ssa.gov/poms.nsf/lnx/0203340010> sayfasını kontrol edebilirsiniz.

Social Security Administration Ofisinden alacağınız evrakın süresinin 30 günü aşmaması gerekmektedir.

Bahse konu ilmuhaber sadece Alaska, Arizona, Colorado, Idaho, California, Montana, Nevada, Oregon, Utah, Washington, Wyoming, Hawaii eyaletleri içinde alınan evraklar için geçerlidir.

Başkonsoloslukça gerekli görülen hallerde ilave bilgi/belge talep edilebilecektir.

SOSYAL YARDIM ALMADIĞINA DAİR İLMUHABER BAŞVURUSU TALEP FORMU

ADI / SOYADI			
T.C. KİMLİK NUMARASI			
DOĞUM YERİ			
DOĞUM TARİHİ			
BABA ADI			
ANNE ADI			
MESLEĞİ			
ABD ADRESİ			
	ŞEHİR :	EYALET :	ZİP KODU :
ABD ADRESİNE TAŞINMA TARİHİ			
CEP TELEFONU			
EV TELEFONU			
E-POSTA ADRESİ			
AYNI ADRESTE İKAMET EDEN DİĞER AİLE BİREYLERİ			

YUKARIDA YAZILI BİLGİLERİN DOĞRULUĞUNU KABUL EDİYORUM.

İMZA :

TARİH :