

8. ASKERLİK YAPMAYA ENGEL SAĞLIK SORUNU NEDENİYLE MUAFİYET BAŞVURUSU

Başvuru şahsen ya da posta yoluyla yapılabilmektedir. Şahsen yapılan başvurularda www.konsolosluk.gov.tr adresinden randevu alınması zorunludur.

Başvuru İçin Gerekli Evrak:

1. Muaf olmak isteğinizi belirten, Türkiye ve ABD adreslerinizi ve telefon numaralarınızı içerir dilekçe
2. Nüfus cüzdanı fotokopisi
3. 3 Nüsha Son Yoklama Formu (Bu belgenin ekinde sunulmaktadır.) (her üç form da iki ayrı doktor tarafından imzalanmalıdır.)
4. İki ayrı doktor tarafından hazırlanmış, hastalığa dair ayrıntılı rapor ve Türkçe çevirisi. Doktor raporlarının Türkçe tercümelerinin ABD Noteri'ne (Notary Public) onaylatılmış olması ve "County Clerk" den ABD Noteri'nin imzasının doğruluğuna ve geçerliliğine dair onay (verification) alınmış olması gerekmektedir.
5. Hastalık veya sakatlık gözle görünmeyen cinsten ise;
Bulguları, teşhisi ve kararı koyan doktor ve sağlık kuruluşlarının onayını taşıyan test sonuçlarının Türkçe çevirisi yapılarak Noter (Notary Public) ve "County Clerk" onayı alınması gereklidir. Varsa röntgen, MRI gibi tetkik görüntülemeleri de doktor raporuna eklenmelidir.

Hastalık veya sakatlık gözle görünen cinsten ise; önden ve yandan çekilmiş boy fotoğrafları

Harç Bedeli:

Posta bedeli: 31,00 ABD Doları (Evrakınızın Askerlik Şubesi'ne gönderilmesi için)
(Evrakın acele posta ile gönderilmesinin talep edilmesi halinde: 75 ABD Doları)

İlave Açıklamalar:

Şahsen başvurularda nakit ödeme, posta ile başvurularda "Money Order" kabul edilmektedir. Kredi kartı ya da şahsi çek kabul edilmemektedir.

"Money Order" yapılması halinde "Turkish Consulate General" adına gönderilmesi önem arz etmektedir.

MSB Sağlık Dairesi Başkanlığınca TSK Sağlık Yeteneği Yönetmeliği hükümleri çerçevesinde yapılacak incelemeyi müteakip verilecek sağlık kararına göre yükümlüler hakkında işlem yapılır. İnceleme neticesinde:

- a. "Askerliğe Elverişli Değildir" kararı verilenler, sağlık nedeniyle askerlik hizmetinden muaf tutulurlar.
- b. "Ertesi Yıla Terk" kararı verilenler, birlikte işlem gördükleri doğumlarının son yoklama dönemi sonuna kadar, sağlık muayene işlemini yenilerler. Bu durumdakiler hakkında askerlik şubelerince "Ertesi Yıla Terk" kararı alınır.
- c. "Sevk Geciktirmesi" kararı verilenlerin askere sevkleri, rapor süresi sonuna kadar tabi oldukları askerlik hizmet statüsüne göre askerlik şubelerince ertelenir.

- d. **“Kesin Karar İçin Yurt İçinde Bir Asker Hastanesinde Muayenesi Uygundur”** kararı verilenler yurda dönerek, askerlik Şubelerince sevk edilecekleri asker hastanelerinde sağlık muayenelerini yaptırırılar. Bu durumdakiler hakkında, asker hastanelerince verilecek sağlık kararına göre işlem yapılır.

Dövizle askerlik hizmeti baŐvuruları kabul edilen yükümlülerden, sonradan askerliğe elverişli olmadıklarını beyan edenlerin Muafiyet baŐvurusunda bulunması gerekmektedir.

SON YOKLAMA FORMU

Yükümlünün Nüfus Kaydına Göre Kimliği	Adı ve Soyadı		
	Doğum Tarihi		
	Baba/Anne Adı		
	Yerli Askerlik Şubesi		
	İli, İlçesi		
	Mahalle veya Köyü		
	Hane No:	Cilt No:	Sahife No:
Tahsil Durumu:	Sanat ve Mesleği		
Yurtdışı Adresi:			
Yurtiçi Adresi:			
Sayın Doktor, Yukarıda kimliği yazılı ve fotoğrafı yapışık yükümlü askerlik çağına girmiştir. Muayenesinin yapılarak formda istenilen hususların doldurulmasını rica ederim. Dear Doctor The above-mentioned person whose photograph is attached is at the age of drafting. Please do his physical ckeck-up and fill the form below.			
Boyu / Height	Kilosu / Weight	Nefes Alma / Breath Inhale	Nefes Verme / Breath Exhale
Cm.	Kg.		
Dahiliye Muayene Sonucu Internal Diagnosis	Teşhis Adı/ Diagnosis	Patolojiktir Pathological	Normaldir. Normal
Hariciye Muayene Sonucu External Diagnosis	Teşhis Adı/ Diagnosis	Patolojiktir Pathological	Normaldir. Normal
Yukarıda kimliği yazılı ve fotoğrafı yapışık yükümlünün muayenesi tarafımızdan yapıldı. The physical check-up of the above mentioned person, whose photograph is attached, has been completed by us.			
Askere gider. / He may be drafted			
Heyet muayenesi gerekir / He may not be drafted (he needs a check-up by a military medical committee)			
Tarih / Date:		(gg.aa.yyyy – dd.mm.yyyy)	
Doktorun İmzası-Medical Doctor's signature:		Doktorun İmzası-Medical Doctor's signature:	