

تاریخ :

شماره :

پیوست :

فرم مشمولین ماده ۹ قانون نظام هماهنگ

کمک هزینه عائله‌مندی و حق اولاد

بازنشستگان

فرزند

نام خانوادگی

اینجانب، نام

متولد

صادره از

شماره شناسنامه

دارای همسر دائمی : می‌باشم ☐ نمی‌باشم ☐ و وی حقوق بگیر دولتی می‌باشد ☐

نمی‌باشد ☐ لذا خواهشمند است نسبت به برقراری مزایای عائله‌مندی و حق اولاد اقدام فرمایند، ضمناً متعهد می‌گردم هرگونه تغییر در وضعیت خانوادگی خود اعم از مشارک یا فوت همسر، همچنین ازدواج و اشتغال فرزندانم را که طبقاً از کفالت خارج خواهند شد، کتبا به امور اداری شبکه اطلاع دهم. ضمناً بدینوسیله اعلام می‌دارم، در صورت بروز هرگونه متاثرات با موارد فوق، اداره مجاز می‌باشد نسبت به پیگیری از طریق مراجع قانونی اقدام نماید. توضیحات فتوکی شناسنامه افراد خانواده ضمیمه می‌باشد.

نام خانوادگی

نام همسر

ردیف	نام فرزند	تاریخ تولد	روز	ماه	سال
۱					
۲					
۳					

نام آخرین واحد خدمتی بازنشسته :

نام بانک :

مجموع سهمیه متعلقه :

امور مالی

کارگزینی