# 

# Katılım Öncesi Formu

|  |
| --- |
| Bu formu neden doldurmam isteniyor? Ulusal Sağlık Hizmetleri hastane tedavisi herkese ücretsiz değildir. Hastaların ücretsiz tedavi hakkına sahip olup olmadığını bilmek bütün hastanelerin yasal sorumluluğudur. Bu sorumluluğumuzu yerine getirebilmemiz için lütfen bu formu doldurunuz. Bu form bir çocuğun adına bir ebeveyn / veli tarafından doldurulmalıdır. **Formu doldurduktan sonra aşağıdaki beyannameyi okuyup imzalamalısınız.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Bu formu lütfen BÜYÜK HARLERLE doldurunuz*** | | | | | | | | | | |
| **Soyadı:** |  | | | | | | | | | |
| **Adı/verilen isim:** |  | **Doğum tarihi:** | D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Beyanname: BU HERKES TARAFINDAN DOLDURULMALIDIR | | | | | | | | |
| Bu hastane, sizin Ulusal Sağlık Hizmetleri ücretsiz tedavi hakkına sahip olduğunuza ya da olmadığınıza karar verebilmek için, göçmenlik durumunuzu İçişleri Bakanlığı’na sorabilir. Bu durumda sizin kişisel sağlık dışı bilgileriniz İçişleri Bakanlığı’na gönderilir. Gönderilen bilgiler giriş kapılarında ve Birleşik Krallık içinde yurtdışı göç kontrollerini içeren görevlerini yerine getirebilmesi için, İçişleri Bakanlığı tarafından kullanılabilir ve saklanabilir. İçişleri Bakanlığı, bu bilgileri, ulusal güvenlik, suçun soruşturulması ve kovuşturulması, para ve sivil cezalarının tahsil edilmesi dahil olmak üzere diğer kanun uygulayıcıları ve yetkili borç tahsil kurumları ile de paylaşabilir.  **Eğer ödeme yapmanız gerektiği halde, faturalandırılmış olduğunuz Ulusal Sağlık Hizmetleri tedavi masraflarını ödemezseniz, ileride Birleşik Krallık’a girmek ya da kalmak için yapacağınız göçmenlik başvuruları reddedilebilir. Gerekli (sağlık dışı) kişisel bilgiler Sağlık Bakanlığı tarafından İçişleri Bakanlığı’na bu amaçla gönderilebilir.**  **Beyanname:**   * Bu formu neden doldurmam gerektiği konusunda verilen bilgileri okudum ve anladım * Sağladığım tüm bilgilerin onaylanması amacıyla Ulusal Sağlık Hizmetleri Vakfı ile iletişim kurmayı kabul ediyorum. * Yaptığım herhangi bir beyanı doğrulamak için ilgili resmi makamlarla bağlantıya geçilebileceğini biliyorum. * Bu formda verdiğim bilgiler, bildiğim kadarıyla doğrudur. * Eğer bilerek yanlış bilgi verirsem, benim aleyhimde dava açılabileceğini biliyorum. Hastanenin dolandırıcılık ekibine yönlendirmek ve ödenmesi gereken paraları tahsil etmek de buna dahildir. | | | | | | | | |
| **İmza:** |  | **Tarih:** | D | D | M | M | Y | Y |
| **Adı ve Soyadı** |  | **Hasta ile yakınlığı:** |  | | | | | |
| **Vekili** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. BÜTÜN: ŞAHSİ BİLGİLER- Lütfen sizinle ilgili tüm soruları cevaplayınız | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Genellikle Birleşik Krallık’ta mı yaşıyorsunuz? | | | | | Evet: | |  | Hayır: | |  | | | Uyruk: | |  | | | | | | | | | | | | |
| Birleşik Krallık’taki adresiniz: | | | | | | | | | | | | | Pasaport numarası: | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | Verildiği ülke: | |  | | | | | | | | | | | | |
| Telefon numarası: | |  | | | | | | | | | | | Pasaport bitiş tarihi: | | | | | | D | D | | M | | M | Y | | Y |
| Cep numarası: | |  | | | | | | | | | | | Çifte Vatandaşlık: | | | | | |  | | | | | | | | |
| Email: | |  | | | | | | | | | | | Birleşik Krallık’a giriş tarihi: | | | | | | D | D | | M | | M | Y | | Y |
| Ülkenize yaşamak için geri dönecek misiniz? | | Evet | | | |  | | | Hayır |  | | | Evet ise ne zaman? | | | | | | D | D | | M | | M | Y | | Y |
| Birleşik Krallık DIŞINDAKİ adresiniz: | | | | | | | | | | | | | İş verenin adı ve adresi (Birleşik Krallık’taki ya yurt dışında) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Ülke: | | | | |  | | | | | | | | Ülke: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | |  | | | | | | | | İşverenin telefonu: | | | |  | | | | | | | | | | |
| 2. BÜTÜN: RESMİ BELGELER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lütfen aşağıdaki belgelerden hangilerine şu an sahipseniz belirtin (Uyanları işaretleyin): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Mevcut Birleşik Krallık pasaportu | | | | | | | | | |  | Mevcut Avrupa Birliği pasaportu | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Geçerli giriş vizesi bulunan Avrupa Birliği dışı pasaport | | | | | | | | | | Vize No. | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | Öğrenci vizesi | |  | | | Ziyaretçi vizesi | | | | | Vize bitiş tarihi: | | | D | | D | | M | | | M | | Y | | | Y | |
|  | İltica Kayıt Kartı (ARC) | | | | | | | | | | İLTİCA KAYIT NO | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | Diğer- Lütfen belirtin: | | |  | | | | | | | BRP No. | | |  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. BÜTÜN: BİRLEŞİK KRALLIK’TAKİ KALIŞINIZ – Belge sunmanız istenebilir | | | | | | | | | | | | | | |
| Lütfen Birleşik Krallık’taki bulunma nedeninizi belirtiniz (Uyanları işaretleyin): | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Tatil / arkadaş ya da aile ziyareti | | | | |  | İş | | | |  | Burada kalıcı olarak yaşamak için | | |
|  | Çalışmak için | | | | |  | Öğrenim için | | | |  | İltica etmek için | | |
|  | Diğer- lütfen belirtiniz: | |  | | | | | | | | | | | |
| Son 12 ayda Birleşik Krallık DIŞINDA kaç ay geçirdiniz? | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Hiç |  | | 3 aya kadar | | | |  | 3-6 ay | | | |  | 6 aydan fazla |
| Lütfen son 12 ay içinde Birleşik Krallık’ta olmayış nedeninizi belirtiniz (Uyanları işaretleyin): | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Başka bir ülkede yaşıyorum | | | |  | | Tatil/ arkadaş ziyareti | | |  | | Çalışmak için | | |
|  | Sıkça seyahat ederim (iş / yurtdışında ikinci ev) | | | | | | | | |  | | Öğrenim için | | |
|  | Diğer- lütfen belirtiniz: | |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4. BÜTÜN: Pratisyen hekim Bilgileri – Eğer Birleşik Krallık’ta bir pratisyen hekime kaydolduysanız | | |
| Pratisyen hekim/Klinik adı: |  | Kliniğin adresi: |
| Pratisyen hekimin telefonu |  |  |
| Ulusal Sağlık Hizmeti No: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5. SAĞLIK YA DA SEYAHAT SİGORTASI BİLGİLERİ- Eğer Birleşik Krallık sizin daimi ikametgahınız değilse | | | | | | |
| Sigortanız var mı: | | EVET: |  | HAYIR |  | Sigorta şirketinin adı ve adresi: |
| Üyelik numarası: |  | | | | |  |
| Sigorta şirketinin telefonu: |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 6. AVRUPA SAĞLIK SİGORTASI KARTI (EHIC) BİLGİLERİ- Eğer başka bir Avrupa Birliği üyesi ülkede yaşıyorsanız | | | | | | | | | | |
| Birleşik Krallık dışı Avrupa Sağlık Sigortası Kartınız var mı? | EVET: |  | HAYIR |  | Eğer evet ise, lütfen Avrupa Sağlık Sigortası Kartınızdaki (EHIC) bilgileri aşağıya yazınız: | | | | | |
| *Eğer bir başka Avrupa Birliği üyesi ülkeden ziyarete gelmiş ve geçerli* Avrupa Sağlık Sigortası Kartınız yoksa, Kaza ve Acil bölümleri dışındaki tedavileriniz için fatura kesilebilir. Hastaneye yatttığınızda ya da ayakta tedavide ücret talep edilir. | | | | | 3 |  | | | | |
| 4 |  | | | | |
| 5 |  | 6 |  | | |
| 7 |  | | | | |
| 8 |  | | | 9 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7. ÖĞRENCİ BİLGİLERİ- Eğer Birleşik Krallık’a öğrenim için geldiyseniz | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Yüksek Okul / üniversitenin adı: | |  | | | | | | | | | | Telefon: | | | |  | |
| Kurs tarihleri | Başlangıç: | D | D | M | M | Y | Y | Bitiş: | D | D | M | | M | Y | Y | Haftada kaç saat: |  |

|  |
| --- |
| Kaza ve Acil bölümünde doldurduysanız, bu formu lütfen ayrılmadan önce resepsiyon memuruna ya da bir hemşireye veriniz.  Eğer hastaneye yatırıldıysanız ya da Kaza ve Acil bölümünü haricinde tedavi için yönlendirilirseniz, sizden ücret talep edilebilir. Yurtdışı Ziyaretçiler Ekibimiz sizinle bu konuda görüşmek isteyebilir. |