

CERTIFICAT DE PROLONGATION DE DÉTACHEMENT OU DE MAINTIEN EXCEPTIONNEL AU RÉGIME
DE SÉCURITÉ SOCIALE DU PAYS D’AFFILIATIONGEÇİCİ GÖREVLENDİRMEİNİN UZATILMASI VEYA KAYITLI OLDUĞU ÜLKENİN SOSYAL GÜVENLİK REJİMİNE
TABİ OLMA HALİNİN İSTİSNAİ OLARAK DEVAMI BELGESİ

Art. 6 paragraphe 1, b), 7 et 16 de la Convention Art. 4 de l'Arrangement administratif général
Sözleşmenin 6. maddesinin 1. fıkrasının b bendi , 7. ve 16. Maddesi, Genel İdari Anlaşmanın 4. maddesi

N.B. : Ce formulaire est adressé en triple exemplaire par l'autorité compétente du pays d'affiliation à l'autorité ou institution compétente du pays de séjour. En cas d'accord de l'autorité compétente du pays de séjour, celle-ci consigne son accord sur chacun des trois exemplaires du formulaire, fait retour de deux exemplaires à l'autorité ou à l'institution compétente du pays d'affiliation et conserve le troisième.

Bu formüler, sigortalının kayıtlı olduğu ülkenin yetkili makamınca geçici bulunduğu ülkenin yetkili makamına veya kurumuna üç nüsha olarak gönderilir.

Sigortalının geçici bulunduğu ülkenin yetkili makamı, mutabık olması halinde, mutabakatını formülerin üç nüshasına da kaydeder, iki nüshasını kayıtlı olunan ülkenin yetkili makamına veya kurumuna iade eder ve üçüncü nüshasını dosyasında saklar.

Numéro d'identité turc / T.C. Kimlik Numarası

Numéro de sécurité sociale français

Numéro de sécurité sociale turc / Türkiye Sosyal Güvenlik Numarası

Fransa Sosyal Güvenlik Numarası

A - Partie à remplir par l'employeur et le travailleur**A - İşveren ve çalışan tarafından doldurulacak bölüm****1 LES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TRAVAILLEUR / ÇALIŞAN HAKKINDA BİLGİLER**

1.1 Nom de famille / Soyadı : _____ Prénom(s) / Adı : _____

Nom de naissance / Doğumdaki soyadı : _____

1.2 Nom et Prénom(s) du père / Baba soyadı ve adı : _____

1.3 Nom et Prénom(s) de la mère / Anne soyadı ve adı° : _____

1.4 Sexe / Cinsiyet⁽¹⁾ : Masculin / Erkek : Féminin / Kadın

1.5 Date de naissance / Doğum tarihi : _____

1.6 Lieu de naissance / Doğum yeri : _____

1.7 Nationalité / Uyuşu⁽¹⁾ : Turque / Türk Française / Fransız

1.8 Situation de famille⁽¹⁾ / Medeni hali : célibataire / bekar marié(e)/ evli veuf(ve) / dul divorcé(e) / bosanmış

1.9 Adresse du travailleur dans le pays d'affiliation / Çalışanın sigortalı olduğu ülkedeki adresi : _____

1.10 Adresse du travailleur dans le pays où il est détaché / Çalışanın geçici görevli olduğu ülkedeki adresi : _____

1.11. N° de téléphone / Telefon no : _____ Email : _____

1.12. Profession / Mesleği : _____

Nom(s) Soyadı	Prénom(s) Adı	Date de naissance Doğum tarihi	Lien de parenté Yakınlık derecesi	Observations Açıklamalar

3 L'EMPLOYEUR / İŞVEREN

3.1. Nom ou raison sociale / Adı ve ünvanı : _____

3.2. Adresse / Adresi : _____

3.3. N° de téléphone / Telefon no : _____ Email : _____

3.4. N° d'immatriculation / İşyeri no : _____

L'employeur désigné ci-dessus demande que / Yukarıda belirtilen işveren

M/Mme / Bay/Bayan _____ 'in

 S'il s'agit d'une prolongation de détachement au-delà de la période initiale de trois ans

Eğer ilk üç yıllık dönemin ardından geçici görevlendirmenin uzatılması söz konusu ise

Soit détaché(e) pour une nouvelle période de / Yeni dönemde : _____ süre ile

à partir du : _____ / _____ / _____ 'tarikhinden

jusqu'au : _____ / _____ / _____ 'tarihine kadar

Après du même employeur ou de la même entreprise ci-après / Aşağıda anılan aynı işveren veya firmada geçici görevli çalışmasını talep eder :

Nom ou raison sociale / Adı veya ünvanı : _____

Adresse / Adresi : _____

Indiquer dans ce cas, la (ou les) précédente(s) période(s) de détachement / Bu durumda, daha önceki geçici görev sürelerini belirtiniz :

Du / Başlangıç tarihi : _____ / _____ / _____ Au / Bitiş tarihi : _____ / _____ / _____

Du / Başlangıç tarihi : _____ / _____ / _____ Au / Bitiş tarihi : _____ / _____ / _____

Du / Başlangıç tarihi : _____ / _____ / _____ Au / Bitiş tarihi : _____ / _____ / _____

 S'il s'agit d'un maintien exceptionnel au régime de sécurité sociale du pays d'affiliation

Eğer, kayıtlı olduğu ülkenin sosyal güvenlik rejimine istisnai olarak tabi kalmaya devam etmesi söz konusu ise

soit maintenu exceptionnellement au régime de sécurité sociale du pays d'affiliation

Kayıtlı olduğu ülkenin sosyal güvenlik rejimine tabi kalmaya istisnai olarak devam edeceği

Pour une période de / süre _____ ans / yıl _____ mois / ay

Du (gün, ay, yıl) / Başlangıç tarihi : _____ / _____ / _____ Au (gün, ay, yıl) / Bitiş tarihi : _____ / _____ / _____

Le travailleur doit⁽¹⁾ : accomplir achever dans l'autre pays le travail décrit-ci-dessous :

Çalışan: aşağıda tanımlanan işi diğer ülkede gerçekleştirmek bitirmek zorundadır :

Auprès de l'employeur ou entreprise ci-après / Yanında çalışacağı işverenin veya firmanın

Nom ou raison sociale / Adı veya unvanı : _____

Adresse / Adresi : _____

Le travailleur a déjà bénéficié, au service du même employeur ou de la même entreprise, du maintien au régime de sécurité sociale du pays d'affiliation⁽¹⁾ / İşçi aynı işveren veya firma emrinde, kayıtlı olduğu ülkenin sosyal güvenlik rejimine tabi kalma hakkından daha önce :

en qualité de travailleur détaché du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____
geçici görevli olarak tarihinden tarihine kadar

au titre du maintien exceptionnel du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____
istisnai olarak devam ederek tarihinden tarihine kadar
yararlanmıştır.

Fait à / Düzenlendiği yer _____ le / Düzenlendiği tarih _____

Signature de l'employeur et cachet de l'entreprise
İşverenin imzası ve firmanın kaşesi

Signature du travailleur
Çalışanın imzası

B- Partie à remplir par l'autorité ou l'institution compétente du pays d'affiliation

B- Kayıtlı olunan ülkenin yetkili makamı veya kurumu tarafından doldurulacak bölüm

4 L'AUTORITÉ OU L'INSTITUTION COMPÉTENTE DU PAYS D'AFFILIATION / KAYITLI OLUNAN ÜLKENİN YETKİLİ MAKAMININ VEYA YETKİLİ KURUMUNUN

4.1. Dénomination / Adı: _____

4.2. Adresse / Adresi : _____

L'autorité ou l'institution compétente du pays d'affiliation ci-dessus désignée demande à titre exceptionnel⁽¹⁾ :

Yukarıda belirtilen kayıtlı olduğu ülkenin yetkili makamı veya yetkili kurumu⁽¹⁾, yine yukarıda belirtilen çalışanın kayıtlı olduğu ülkedeki sosyal güvenlik rejimine istisnai olarak :

le maintien / tabi kalmasını la prolongation du maintien / tabi kalma halinin uzatılmasını

au régime de sécurité sociale du pays d'affiliation du travailleur ci-dessus désigné :

kabul eder.

Pour la période de / Süresi _____ ans/ yıl _____ mois / ay
Du (gün, ay, yıl) / Başlangıç tarihi : _____ / _____ / _____ au (gün, ay, yıl) / Başlangıç tarihi: _____ / _____ / _____
Fait à / Düzenlendiği yer _____ le / Tarih _____
Cachet de l'autorité ou l'institution compétente Signature du représentant de l'autorité ou l'institution compétente
Yetkili makam veya kurum mührü Yetkili makam veya kurum temsilcisinin imzası

C- Partie à remplir par l'autorité ou l'institution compétente du pays de séjour

C- Geçici bulunma yeri ülkesinin yetkili makamı veya kurumu tarafından doldurulacak bölüm

**5 L'AUTORITÉ OU L'INSTITUTION COMPÉTENTE DU PAYS DE SÉJOUR
GEÇİCİ BULUNMA YERİ ÜLKESİNİN YETKİLİ MAKAMININ VEYA YETKİLİ KURUMUNUN**

5.1. Dénomination / Adı : _____

5.2. Adresse / Adresi : _____

L'autorité ou l'institution compétente du pays de séjour ci-dessus désignée ⁽¹⁾ :
Yukarıda belirtilen geçici bulunma yeri ülkesinin yetkili makamı veya yetkili kurumu ⁽¹⁾ :

- accepte, à titre exceptionnel /
yine yukarıda belirtilen çalışanın istisnai olarak, geçici bulunma yeri ülkesinin sosyal güvenlik rejiminden
 l'exonération d'affiliation le maintien de l'exonération d'affiliation au régime de sécurité sociale
muaf olmasını du pays de séjour du travailleur ci-dessus désigné .
muaf olma halinin devam etmesini **KABUL EDER** :

Pour la période de / Süresi _____ ans / yıl _____ mois / ay
du / başlangıç tarihi : _____ / _____ / _____ au / bitiş tarihi : _____ / _____ / _____

- refuse la demande d'exonération d'affiliation au régime de sécurité sociale du pays de séjour du travailleur ci-dessus désigné.
yukarıda belirtilen çalışanın geçici bulunma yeri ülkesinin sosyal güvenlik rejiminden muaf olma talebini reddeder.

Motif du refus / Red sebebi :

Fait à / Düzenlendiği yer _____ le / tarih _____

Cachet de l'autorité ou l'institution compétente
Yetkili makam veya kurum kaşesi

Signature du représentant de l'autorité ou l'institution compétente
Yetkili makam veya kurum temsilcisinin imzası

NOTES / NOTLAR

(1) : Mettre une croix dans les cases appropriées.

(1) : Uygun kutucuğu çarpi ile işaretleyin.

RENSEIGNEMENTS A L'USAGE DU TRAVAILLEUR

A. DROITS AUX PRESTATIONS :

1.Assurances maladie et maternité

En cas de soins pour lui-même et pour les membres de sa famille qui l'accompagnent, le travailleur détaché a le choix entre deux formules (article 16 de la Convention) :

-ou bien, s'adresser directement à l'institution auprès de laquelle il est resté affilié ;

-ou bien, s'adresser à l'institution compétente du pays de séjour en lui présentant obligatoirement le certificat de détachement : il est alors présumé remplir les conditions de l'ouverture du droit aux prestations (article 21, paragraphe 2 de l'Arrangement administratif général).

Les prestations en espèces (indemnités journalières) lui sont payées directement par l'institution auprès de laquelle il est resté affilié (article 16 de la Convention).

2.Prestations familiales

Les enfants du travailleur français détaché qui l'accompagnent en Turquie ouvrent droit aux prestations familiales prévues par la législation française.

Le service de ces prestations est assuré directement par l'institution française d'allocations familiales compétente aux taux et suivant les modalités prévues par la législation française.

Au sens de l'article 33 de la Convention, les termes «prestations familiales» comportent : les allocations familiales proprement dites, et l'allocation pour jeune enfant jusqu'à l'âge de trois mois(Article 70, paragraphe 2 de l'Arrangement administratif général).

L'intéressé a l'obligation d'informer soit directement, soit par l'intermédiaire de son employeur, sa caisse d'affiliation de tout changement survenu dans la situation de ses enfants susceptible de modifier le droit aux prestations familiales (modification du nombre des enfants, transfert de résidence des enfants, etc.). Article 70, paragraphe 4 de l'Arrangement administratif général.

B. CAS DES MEMBRES DE LA FAMILLE REJOIGNANT LE TRAVAILLEUR EN COURS DE DETACHEMENT

Au cas où les membres de sa famille n'ont pas accompagné initialement le travailleur dans l'autre pays, mais le rejoignent ultérieurement, il appartiendra au travailleur en cause d'en informer aussitôt sa caisse d'affiliation, en lui précisant leurs nom, prénoms, date de naissance, lien de parenté ainsi que la date à partir de laquelle ils l'ont rejoint ou doivent le rejoindre dans l'autre pays. La caisse du pays d'affiliation notifie immédiatement cette circonstance à la caisse du pays de séjour et, d'autre part, adresse à l'intéressé une copie de la notification que ce dernier annexe au présent certificat.

C. RETOUR DANS LE PAYS D'ORIGINE AVANT LE TERME DU DETACHEMENT

Au cas où le travailleur, avant le terme de son détachement, regagnerait son pays d'origine, la caisse d'affiliation devrait être avisée immédiatement de ce retour, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'employeur.

GEÇICI GÖREVLİ ÇALIŞANA YÖNELİK BİLGİLER

A. YARDIM HAKKI :

1. Hastalık ve analık sigortası.

Geçici görevli çalışan, hem kendisi, hem de beraberindeki aile bireylerinin sağlık yardımlarından yararlanabilmesi için iki uygulama arasında seçim yapar (sözleşmenin 16. Maddesi):

- ya doğrudan kayıtlı olduğu kuruma başvurur,

- ya da görevli olduğunu gösterir belgesini ibraz ederek geçici olarak bulunduğu ülkenin yetkili kurumuna

başvurur. Bu halde, yardım hakkının doğması için gerekli şartların yerine getirilmiş olduğu kabul edilir. (Genel İdari Anlaşmanın 21.maddesinin 2. paragrafı)

Para yardımları (günlük ödenekler) doğrudan kayıtlı olduğu kurum tarafından kendisine ödenir. (Sözleşmenin 16. maddesi)

2. Aile yardımları.

Geçici görevli Fransız işçinin Türkiye'de beraberinde bulunan çocukları Fransız mevzuatında öngörülen aile yardımlarına hak kazanırlar.

Bu yardımların ödenmesi, Fransız mevzuatında öngörülen oran ve ödeme uygulamalarına göre, doğrudan yetkili Fransız aile yardımları kurumuna yapılır.

Sözleşmenin 33. maddesindeki "aile yardımları " terimi, tam anlamıyla aile ödeneklerini, üç yaşına kadar küçük çocuk ödeneklerini kapsamaktadır. (Genel İdari Anlaşmanın 70.maddesinin 2. fıkrası).

İşçi, ya doğrudan ya da işvereni aracılığıyla, çocuklarının durumundaki aile yardımları hakkını etkileyecek her türlü değişikliği (çocuk sayısının değişmesi, çocukların ikametlerinin nakledilmesi, v.s.) kayıtlı olduğu kasaya bildirmek zorundadır. (Genel İdari Anlaşmanın 70.maddesinin 4. fıkrası).

B. GEÇICI GÖREV ESNASINDA AILE BİREYLERİNİN SONRADAN İŞÇİNİN YANINA GİTMELERİ HALİ.

Başlangıçta aile bireylerinin, diğer ülkede, işçiyle beraber olmaları ancak sonradan işçinin yanına gelmeleri halinde, ad,soyad,doğum tarihleri, yakınlık derecesi, ve sonradan işçinin yanına geldiklerini veya gelmek zorunda oldukları tarihli belirterek bu durumunu derhal kayıtlı olduğu kasaya bildirmek işçiye düşmektedir. Kayıtlı olduğu ülkenin kasası, bu durumu ,vakit geçirmeden geçici bulunma yeri kasasına bildirir ve ayrıca, o kasanın bu belgeye ilave ettiği kararın bir örneğini ilgiliye gönderir.

C. GEÇICI GÖREV SÜRESİ DOLMADAN ÖNCE KENDİ ÜLKESİNE DÖNMESİ

İşçinin geçici görev süresi dolmadan önce kendi ülkesine dönmesi halinde kayıtlı olunan kasa, ya doğrudan ya da işveren aracılığıyla bu durumdan haberdar edilecektir.