

Azərbaycan Respublikası
Dövlət Sosial Müdafiə Fondunun
_____ **rayon şöbəsinə**

və ya Mərkəzi Aparata

Şikayətçi: _____

ünvan: _____

VÖEN/FİN: _____

telefon: _____

ŞİKAYƏT ƏRİZƏSİ

İşəgötürənin xəstəlik / analıq müavinətinin ödənilməməsi barədə

Mən, _____, (müəssisənin adı) _____ müəssisəsinin şöbəsində vəzifəsində çalışıram (çalışmışam). Əmək müqaviləsi №, tarixi: _____

ŞİKAYƏTİN MAHIYYƏTİ:

_____.20____ tarixindən _____.20____ tarixinədək müvafiq tibb müəssisəsi tərəfindən verilmiş xəstəlik vərəqəsi / analıq məzuniyyəti vərəqəsi (bülleten seriya №) əsasında xəstəlik / analıq müavinəti almaq hüququm yaranmışdır. Həmin vərəqəni işəgötürənə — müəssisəsinə — _____.20____ tarixdə təqdim etmişəm.

Lakin işəgötürən "Sosial sığorta haqqında" Azərbaycan Respublikası Qanununun 15-ci və 16-cı maddələrindən irəli gələn öhdəliyini yerinə yetirməmiş, müavinəti ödəməmişdir. Ödənilməmiş müavinətin təxmini məbləği: (____) manatdır.

ƏLAVƏ HALLAR (varsa):

— İşəgötürən DSMF-ə sığorta haqqı ödəməyib:

— Əmək müqaviləsi rəsmiləşdirilməyib:

— Bülleten qəbul edilməkdən imtina olunub:

TƏLƏBLƏRİM:

1. İşəgötürən müəssisəsi barəsində yoxlama aparılsın və qanun pozuntusu müəyyən edilsin.
2. Müavinətin ödənilməsi öhdəliyinin yerinə yetirilməsi üçün işəgötürənə məcburi göstəriş verilsin.
3. Ödənilməmiş manat müavinətin ödənilməsi təmin edilsin.
4. Qanunvericiliyə əsasən işəgötürənə inzibati cərimə tətbiq edilsin.

AR-nın "Vətəndaşların müraciəti haqqında" Qanununun 10-cu maddəsi əsasında ərizəmə 15 iş günü ərzində baxılmasını və yazılı cavab verilməsini xahiş edirəm.

Əlavələr:

1. Xəstəlik vərəqəsinin (biülletin) surəti
2. Əmək müqaviləsinin surəti (varsa)
3. Biülletin işəgötürənə təqdim edilməsini təsdiq edən sənəd (varsa)
4. Hesablaşma vərəqəsi / əmək haqqı arayışı

Tarix: ____ . ____ .20 ____

İmza: _____

A.S.A.: _____