



بسمه تعالی

تاریخ:  
شماره:  
پوست:

**فرم تعهد فرزندان انانث بیمه شدگان مبنی بر  
عدم اشتغال و دریافت مستمری از سایر دستگاهها،  
نهادها، سازمانها و صندوقهای دیگر**

اینجانب: نام ..... نام خانوادگی ..... فرزند .....  
شماره شناسنامه ..... صادره از ..... به شماره ملی .....  
متولد / / تحت تکفل بیمه شده خانم / آقای ..... به شماره  
بیمه ..... اعلام میدارم که شاغل نبوده و از هیچیک از دستگاهها، نهادها،  
سازمانها و صندوقهای دیگر مستمری یا کمک نقدی دریافت نمی نمایم و معاشم توسط  
پدرم / مادرم به شماره بیمه فوق تأمین میگردد. ضمناً تعهد می نمایم چنانچه برای صندوق بیمه  
اجتماعی روستائیان و عشایر عدم صحت مطالب فوق مشخص گردد علاوه بر تادیه کلیه مبالغ  
دریافتی خسارتهای اعلام شده توسط صندوق را پرداخت نمایم.

**محل انگشت و امضاء  
تاریخ**

گواهی می شود خانم ..... به شرح اطلاعات فوق الذکر شاغل نبوده تحت تکفل  
آقای / خانم ..... بوده و معاش ایشان توسط بیمه شده به شماره بیمه .....  
تأمین میگردد.

**مهر و امضای شورای اسلامی روستا یا دهیاری**

با بررسی انجام شده توسط این کارگزار ادعای خانم ..... فرزند .....  
مورد تأیید می باشد.

**مهر و امضاء کارگزاری**