

SAĞLIK RAPORU ONAYI

Sürekli/geçici görevle veya yıllık izin çerçevesinde ABD'de bulundukları sırada hastalanan vatandaşlarımızın, Büyükelçiliğimiz Konsolosluk Şubesi'nin görev çevresindeki tıp doktorlarından (**Washington D.C., Maryland, Virginia ve West Virginia**) alacakları sağlık raporları tasdik edilebilmektedir.

Başvuru Yöntemi:

Şahsen veya posta yoluyla başvuru yapılabilmektedir.

Şahsen yapılacak başvurular için <https://www.konsolosluk.gov.tr> adresinin “**NOTER**” kısmından **randevu alınması** gerekmektedir.

Başvuru Şartları:

1. Doktor raporlarının tıp doktorları (Medical Doctor - MD) tarafından düzenlenmiş olması, rapor üzerinde **doktorun imza ve kaşesinin** yer alması
2. Raporda teşhise ilişkin tıbbi bulguların ve hastanın raporlu sayılacağı tarihlerin bulunması

Başvuru İçin Gerekli Belgeler:

1. Başvuru sahibinin nüfus cüzdanı, T.C. kimlik kartı veya pasaportu
2. Doktor raporunun aslı ile birlikte bir adet fotokopisi
3. Başvuru formu (Bu belgenin ekinde sunulmaktadır.)
4. Doktor tarafından düzenlenmiş ve imzalanmış “[WH-380-E formu](#)” ve bir adet fotokopisi
5. Postayla yapılacak başvurularda, belgelerinizin asıllarının tarafınıza geri gönderilmesi için pullu (pre-paid), takip numarası olan (tracking number) ve üzerinde ad, soyad ve adresinizin yer aldığı posta zarfını da evraklarınızla birlikte iletmeniz gerekmektedir.
6. Postayla yapılan başvurularda kimlik/pasaport asılları yerine fotokopileri gönderilebilir

Harç Bedeli:

18,70 \$

Ödeme Şekli:

Şahsen başvurularda işlem sonunda **nakit olarak** veya **vezne.konsolosluk.gov.tr** adresinden çevrimiçi ödeme yapılması mümkündür. Çevrimiçi ödemede kullanılacak kredi kartının uluslararası kullanıma açık olması gerekmektedir.

Postayla yapılacak başvurular için “**Turkish Embassy**” adına düzenlenen “Money Order” kabul edilmektedir. Şahsi çek ise kabul edilmemektedir.

SAĞLIK RAPORUNUN YETKİLİ MAKAMLARCA VERİLDİĞİNE DAİR ONAY TALEP FORMU**ADI / SOYADI****T.C. KİMLİK NUMARASI****DOĞUM YERİ****DOĞUM TARİHİ****BABA ADI****ANNE ADI****MESLEĞİ****ABD ADRESİ****ŞEHİR :****EYALET :****ZİP KODU :****ABD ADRESİNE TAŞINMA
TARİHİ****CEP TELEFONU****EV TELEFONU****E-POSTA ADRESİ****AYNI ADRESTE İKAMET
EDEN DİĞER AİLE
BİREYLERİ****YUKARIDA YAZILI BİLGİLERİN DOĞRULUĞUNU KABUL EDİYORUM.****İMZA :****TARİH :**