**Mẫu BB1**

|  |  |
| --- | --- |
| ………..…. **TÊN CƠ QUAN, ĐƠN VỊ… --------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ----------------** |
| Số: …../GCN- | *…., ngày … tháng … năm .....* |

**GIẤY CHỨNG NHẬN BỆNH TẬT**

…………………………………………………………………chứng nhận:

Ông (bà): ……………………………………………..

Sinh ngày ... tháng ... năm ………. Nam/Nữ: ………………………………..

Nguyên quán: ..........................................................................................................................

Trú quán: ................................................................................................................................

Nhập ngũ ngày ... tháng ... năm ...

Cấp bậc, chức vụ hiện nay: .....................................................................................................

Cơ quan, đơn vị đang công tác: ..............................................................................................

Bị bệnh ngày ... tháng ... năm ……

Trường hợp bị bệnh: ...............................................................................................................

Đã điều trị tại: ………………………………………………………………… từ ngày ... tháng ... năm ...

Ra viện lần cuối ngày ... tháng ... năm ...

Tình trạng bệnh tật: ............................................................................................................................

.....................................................................................................................................

Căn cứ vào hồ sơ, lý lịch đang quản lý tại cơ quan, đơn vị, ông (bà): ……………………………. có thời gian phục vụ trong quân đội, công an là ………… năm …….. tháng, trong đó có …….. năm…. tháng phục vụ tại địa bàn có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn./.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:*** - ….; - Lưu . | **QUYỀN HẠN, CHỨC VỤ CỦA NGƯỜI KÝ** *(Chữ ký, dấu)* **Họ và tên** |

**Mẫu BB2**

|  |  |
| --- | --- |
| ………..…. **HỘI ĐỒNG GIÁM ĐỊNH Y KHOA… --------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ----------------** |
| Số: …….../BBGĐ- | *…., ngày … tháng … năm .....* |

**BIÊN BẢN GIÁM ĐỊNH BỆNH TẬT**

Hội đồng giám định Y khoa ……………………………………………………………………..

Họp ngày ...tháng....năm... tại ……………………………………………. để giám định thương tật đối với ông (bà): ………………………………..

Sinh ngày ... tháng ... năm …………… Nam/Nữ: …………………….

Nguyên quán: ...........................................................................................................

Trú quán: ...............................................................................................

Cấp bậc: ………………………………….. Chức vụ ........................................

Đơn vị đang công tác: .................................................................................................

Ngày nhập ngũ: ...........................................................................................................

Theo giấy chứng nhận bệnh tật số: ngày ... tháng ... năm ... của ……….

Theo giấy giới thiệu số ngày ... tháng ... năm ... của ...............................................

Tình trạng bệnh tật:....................................................................................................

.....................................................................................................................................

.....................................................................................................................................

**KẾT QUẢ KHÁM**

.....................................................................................................................................

.....................................................................................................................................

**KẾT LUẬN:**

Theo tiêu chuẩn bệnh tật quy định tại Thông tư số ………………………………… ngày ... tháng ... năm ... của ……………

Ông (bà) ………………………………………………..……. bị suy giảm khả năng lao động do bệnh tật là: ……………………..%. (Bằng chữ: ……………………………………...)./.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ỦY VIÊN** | **ỦY VIÊN THƯỜNG TRỰC** | **CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG** |

Mẫu BB3

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **………….. TÊN CƠ QUAN, ĐƠN VỊ…** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** | | | |
| Số:…../QĐ- | | | *.........., ngày … tháng … năm …* | |
|  | | Số hồ sơ:………/…….. | | |
| |  | | --- | | **QUYẾT ĐỊNH**  **Về việc cấp giấy chứng nhận bệnh binh và trợ cấp, phụ cấp**  **THỦ TRƯỞNG CƠ QUAN, ĐƠN VỊ** | | Căn cứ Nghị định số 31/2013/NĐ-CP ngày 09 tháng 4 năm 2013 của Chính phủ quy định chi tiết, hướng dẫn thi hành một số điều của Pháp lệnh ưu đãi người có công với cách mạng;  Căn cứ Nghị định số ……/NĐ-CP ngày … tháng … năm … của Chính phủ quy định về mức trợ cấp, phụ cấp ưu đãi đối với người có công với cách mạng;  Căn cứ Biên bản giám định y khoa số………. ngày ... tháng ... năm ... của Hội đồng giám định y khoa…………………….;  Xét đề nghị của ……………………………………….….., | | **QUYẾT ĐỊNH:** | | | | | |
| **Điều 1.** Cấp giấy chứng nhận bệnh binh số………….đối với ông (bà):…………  Sinh ngày ... tháng ... năm ... …………Nam/Nữ:...........  Nguyên quán:………………………………………………………..  Trú quán:……………….……………………………………….……  Chức vụ:………………..……..…Cấp bậc:………………………….  Đơn vị công tác:…………………………………………….………..  Nhập ngũ ngày.….tháng..…năm…..  Thời gian phục vụ trong quân đội/công an là…....năm…...tháng.  Trong đó có……..năm…….tháng ở địa bàn có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn.  Tỷ lệ suy giảm khả năng lao động:…………….%  **Điều 2**. Ông (bà):……………………………..…………. được hưởng trợ cấp, phụ cấp hàng tháng kể từ ngày ... tháng ... năm ...  Trợ cấp hàng tháng:…………………………..................đồng  Phụ cấp hoặc phụ cấp đặc biệt hàng tháng/phụ cấp khu vực/trợ cấp người phục vụ (nếu có):……………………….…..đồng.  Cộng: = ……………………………………đồng.  (Bằng chữ:……………………………………………………..).  Trợ cấp, phụ cấp được truy lĩnh (nếu có) ………(1)……đồng  (Bằng chữ:……………………………………………………..)  **Điều 3.** Các ông (bà) Trưởng phòng………(2)………..….và ông (bà):……………..…………chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./. | | | | |
| ***Nơi nhận:***  - Như điều 3;  -…….;  - Lưu. | | | | **QUYỀN HẠN, CHỨC VỤ**  **CỦA NGƯỜI KÝ**  *(Chữ ký, dấu)*  **Họ và tên** |

***Ghi chú:***(1) Ghi rõ các loại trợ cấp, phụ cấp hàng tháng được truy lĩnh, thời gian, mức trợ cấp theo quy định tại từng thời điểm, tổng số tiền; (2)Ghi rõ chức vụ phù hợp