**Mẫu HH1**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  
----------------**

**BẢN KHAI CÁ NHÂN**

**Đề nghị giải quyết chế độ người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học**

**1. Phần khai về người có công:**

Họ và tên: ………………………………………………………….………………..

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

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

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

Có quá trình tham gia hoạt động kháng chiến như sau:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Thời gian** | **Cơ quan/Đơn vị** | **Địa bàn hoạt động** |
| 1 | Từ tháng ... năm ...  đến tháng ... năm ... |  |  |
| 2 | … |  |  |
|  |  |  |  |

Tình trạng bệnh tật, sức khỏe hiện nay:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**2. Phần khai về con đẻ (trường hợp người hoạt động kháng chiến sinh con dị dạng, dị tật)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TT** | **Họ tên** | **Năm sinh** | **Tình trạng dị dạng, dị tật bẩm sinh** | |
| 1 |  |  |  | |
| 2 |  |  |  | |
| … |  |  |  | |
| *.... ngày... tháng... năm...*  Xác nhận của xã, phường ………… Ông (bà) ……………………….hiện cư trú tại ……………, có …. con đẻ dị dạng, dị tật cụ thể như sau:……..  **TM. UBND Quyền hạn, chức vụ người ký** *(Chữ ký, dấu)* **Họ và tên** | | | | *.... ngày ... tháng ... năm ...* **Người khai** *(Ký, ghi rõ họ và tên)* | |

Mẫu HH5

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | ………………  **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 DỊ DẠNG, DỊ TẬT** | | | |
| Hội đồng giám định y khoa ………………………..……………..  Họp ngày ……tháng……năm…… tại …….. để giám định dị dạng, dị tật đối với ông (bà):…………………………..  Sinh ngày ... tháng ... năm ... ………Nam/Nữ:……  Nguyên quán: ………………………………………………….……  Trú quán: ……………………………………………………………  Là con đẻ của ông (bà):…………………….…………  Sinh ngày ... tháng ... năm ... ………Nam/Nữ:…………………  Nguyên quán: ………………………………………………….……  Trú quán: ……………………………………………………………  Theo giấy giới thiệu số …. ngày ... tháng ... năm ... của Sở Lao động - Thương binh và Xã hội …………..  Tình trạng dị dạng, dị tật:……………………………………………..  **KẾT QUẢ KHÁM**  ………………………………………………………………………..  **KẾT LUẬN:**  Ông (bà) ………………….… có các dị dạng, dị tật sau:……………  …………………………………………………………………………  Tỷ lệ suy giảm khả năng lao động do ảnh hưởng của chất độc hóa học là:……………..%.  (Bằng chữ:………………………………………………………….) | | | |
| **ỦY VIÊN** | | **ỦY VIÊN THƯỜNG TRỰC** | **CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG** |

Mẫu HH6

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| UBND TỈNH, THÀNH PHỐ……….  **SỞ Y TẾ** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** | |
| Số:….../GCN- | *........, ngày … tháng … năm …* | |
| **GIẤY CHỨNG NHẬN DỊ DẠNG, DỊ TẬT ĐỐI VỚI CON ĐẺ**  **CỦA NGƯỜI BỊ NHIỄM CHẤT ĐỘC HÓA HỌC**  Giám đốc Sở Y tế tỉnh/thành phố:……………….. | | |
| Căn cứ Biên bản y khoa số………………ngày ... tháng ... năm ... của Hội đồng giám định y khoa tỉnh/thành phố…………………………………….  Chứng nhận ông (bà)………………………………………….…………  Sinh ngày ... tháng ... năm ... ........…Nam/Nữ:……………  Nguyên quán:…………………………………………………………..…  Trú quán:……………………………………………………………….…  Là con đẻ của ông (bà) ………………………  Sinh ngày ... tháng ... năm ... ……Nam/Nữ:……  Nguyên quán:……………………………………………………….….…  Trú quán:……………………………………………………………….…  Tình trạng dị dạng, dị tật bẩm sinh:………………………………………………  ……………………………………………………………………………  ………………………………………..do ảnh hưởng của chất độc hóa học./. | | |
| ***Nơi nhận:***  -….;  - Lưu. | | **GIÁM ĐỐC**  *(Chữ ký, dấu)*  **Họ và tên** |