**B. Mẫu đơn, mẫu tờ khai thực hiện thủ tục hành chính**

**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. UBNDQuyền 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 NAMĐộc 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 NAMĐộc 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** |