**Mẫu HH1**

*(Ban hành kèm Thông tư 05/2013/TT-BLĐTBXH ngày 15 tháng 5 năm 2013)*

**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 HH4**

*(Ban hành kèm Thông tư 05/2013/TT-BLĐTBXH ngày 15 tháng 5 năm 2013)*

|  |  |
| --- | --- |
| ………..…. **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 người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học và trợ cấp, phụ cấp hàng tháng**

**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 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 Giấy chứng nhận bệnh tật do nhiễm chất độc hóa học số …………….. ngày ... tháng ... năm ... của …………………………………;

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.**

1. Cấp giấy chứng nhận người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học đối với ông (bà)

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

Nguyên quán:

Trú quán:

2. Ông (bà): …………………………………………………. được hưởng trợ cấp, phụ cấp 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)

(Bằng chữ: )

[**Điều 3.** Các ông (bà) Trưởng phòng …………………(2)………………………. và](http://thuvienphapluat.vn/archive/Thong-tu-05-2013-TT-BLDTBXH-huong-dan-thu-tuc-lap-ho-so-thuc-hien-che-do-uu-dai-vb192986.aspx#bookmark25) 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