**Mẫu số 19**

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

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Giải quyết thêm chế độ trợ cấp**

Kính gửi: Sở Lao động - Thương binh và Xã hội tỉnh ...............1.....................

**1. Thông tin người đề nghị**

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

Ngày tháng năm sinh: .................................... Nam/Nữ: ...................................................

CCCD/CMND số .......................... Ngày cấp .................................... Nơi cấp ...................

Quê quán: ............................................................................................................................

Nơi thường trú: ....................................................................................................................

Số điện thoại: ........................................................................................................................

Hiện đang hưởng chế độ: .....................................................................................................

Đề nghị giải quyết thêm chế độ: ...........................................................................................

**2. Thông tin về chế độ thương binh**

Là thương binh có tỷ lệ tổn thương cơ thể: ........................................................................

Ngày tháng năm bị thương: ................................................................................................

Cấp bậc, chức vụ khi bị thương: .........................................................................................

Cơ quan, đơn vị khi bị thương: ............................................................................................

Đã được cấp Giấy chứng nhận thương binh số ... ngày ... tháng... năm ... của ....

**3. Thông tin về chế độ bệnh binh**

Là bệnh binh có tỷ lệ tổn thương cơ thể: ........................................................................

Cấp bậc, chức vụ khi bị bệnh: .........................................................................................

Cơ quan, đơn vị khi bị bệnh: ............................................................................................

Đã được cấp Giấy chứng nhận bệnh binh số ... ngày ... tháng ... năm ... của ........

**4. Thông tin về chế độ mất sức lao động**

Tỷ lệ tổn thương cơ thể: ...................................................................................................

Theo Biên bản giám định y khoa số ... ngày ... tháng ... năm ... của Hội đồng giám định y khoa.

Đề nghị Sở Lao động - Thương binh và Xã hội tỉnh xem xét, giải quyết theo thẩm quyền./.

|  |  |
| --- | --- |
| *...., ngày... tháng... năm...* Xác nhận của UBND cấp xã Ông (bà) ...................... hiện thường trú tại ................. và có chữ ký trên bản khai là đúng. **QUYỀN HẠN, CHỨC VỤ CỦA NGƯỜI KÝ** *(Chữ ký, dấu)* **Họ và tên** | *………., ngày ... tháng ... năm ..…...* **Người khai** *(Ký, ghi rõ họ và tên)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Ghi chú:***

Mục 2,3,4: Người thuộc đối tượng nào thì khai vào mục tương ứng.

1 Sở Lao động - Thương binh và xã hội nơi thường trú.