**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.