**Mẫu số 1 - Quyết định số 29/2014/QĐ-UBND**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**

**ĐƠN XIN HỖ TRỢ MỘT PHẦN CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH**

Kính gửi: BGĐ Bệnh viện/Trung tâm Y tế.............

Tôi tên (người làm đơn hộ):

Số Chứng minh nhân dân: ngày cấp: ................................

Là…………… Của người có tên sau đây (Trường hợp người cùng hộ khẩu làm đơn hộ cho người bệnh).

Họ tên người bệnh (bản thân tự làm đơn):

Địa chỉ:

Điện thoại liên lạc:

Tôi thuộc diện:

+ Hộ nghèo (có sổ hộ nghèo): □

+ Người hưởng trợ cấp thiểu số đang sinh sống ở xã Bình Xuân-TX Gò Công □

+ Người hưởng trợ cấp xã hội hàng tháng hoặc đang được nuôi dưỡng tại các cơ sở bảo trợ xã hội của nhà nước □

+ Người mắc bệnh ung thư, chạy thận nhân tạo, mổ tim không đủ khả năng chi trả viện phí □

Tôi làm đơn này, đề nghị quý cơ quan xem xét, hỗ trợ một phần chi phí khám chữa bệnh theo Quyết định số 29/2014/UBND ngày 27 tháng 8 năm 2014 của Ủy ban nhân dân tỉnh Tiền Giang, thông tin cụ thể như sau:

+ Bệnh mắc phải:

+ Nơi khám, chữa bệnh:

+ Ngày nhập viện: Ngày xuất viện:

Chi phí phải trả (hoặc đồng chi trả đối với người có Thẻ bảo hiểm y tế) cho cơ sở khám, chữa bệnh là: ………………………..đồng (kèm theo biên lai, phiếu thu, hóa đơn…).

Kính mong được sự xem xét hỗ trợ của quý cơ quan để bản thân và gia đình được giảm bớt khó khăn. Xin chân thành cảm ơn!.

 *………………, ngày……tháng…….năm ……*

 **Người làm đơn**