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

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Hỗ trợ chi phí khám, chữa bệnh cho trẻ em**

Kính gửi: Phòng Lao động -Thương binh và Xã hội huyện/thị xã/thành phố...

Ủy ban nhân dân xã/phường/thị trấn; Sở Lao động- TB và XH

- Họ và tên người làm đơn (1): .........................................Tuổi:..................Điện thoại liên hệ:..........................................................................

Địa chỉ thường trú (tổ, khu, phường, huyện):...............................................................

.........................................Điện thoại liên hệ................................................................

Mối quan hệ với trẻ ( ghi rõ là cha /mẹ/hoặc người giám hộ): ................................

- Họ và tên trẻ :....................................................................... Giới tính:......................

Ngày, tháng, năm sinh:.................................................................................................

Hộ khẩu thường trú: Xã........................ Huyện/TX/TP ..................Tỉnh Quảng Ninh.

Hoàn cảnh gia đình và bản thân trẻ (2): ........................................................................

......................................................................................................................................

......................................................................................................................................

......................................................................................................................................

......................................................................................................................................

Nội dung khám, chữa bệnh:

\* Lần 1:

- Ngày...... tháng..... năm...... trẻ vào viện khám, chữa bệnh

Ngày...... tháng..... năm...... ra viện khám, chữa bệnh

Cụ thể là:

- Bệnh điều trị (3): ...........................................................................................

- Nơi khám, chữa bệnh (4): ...............................................................................

- Tổng chi phí khám, chữa bệnh (5):................................ đồng (bằng chữ....... ..................................................................)

Trong đó:

+ Quỹ BHYT đã thanh toán: ..............................đồng (bằng chữ................

..........................................................)

+ Số tiền còn lại gia đình phải thanh toán: ........................... đồng (bằng chữ ...........................................................)

- Hỗ trợ tiền đi lại cho trẻ và người chăm sóc trẻ: Số lượt x số người x số tiền= tổng tiền là .................. đồng (bằng chữ ...............................................................................................)

- Hỗ trợ tiền ăn cho trẻ và người chăm sóc trẻ: Tổng số ngày x số người x số tiền/người/ngày= tổng tiền là ......................đồng (bằng chữ. .................................................)

\* Lần 2 (kê lần lượt như lần 1)...................................................................................................

( Có các giấy tờ liên quan kèm theo)

Tôi làm đơn này đề nghị được xem xét hỗ trợ theo quy định. Tôi xin cam đoan những nội dung trong đơn là chính xác.

........, ngày ..... tháng ..... năm ........

**Người làm đơn**

*(Ký và ghi rõ họ tên)*

**Kết luận của Hội đồng xét duyệt trợ giúp xã hội cấp xã** *(đối với các đối tượng: Trẻ em mồ côi cha hoặc mẹ, người còn lại bị mất tích từ 24 tháng trở lên nhưng chưa có quyết định công nhận của Tòa án; trẻ em mồ côi cha hoặc mẹ; trẻ em thuộc gia đình có mức thu nhập bình quân đầu người tối đa bằng 150% mức thu nhập bình quân đầu người của hộ gia đình nghèo theo quy định của Nhà nước; trẻ em thuộc gia đình gặp khó khăn về tài chính do tai nạn, bệnh tật, thiên tai, hỏa hoạn, dịch bệnh, rủi ro đột xuất)*

Hội đồng xét duyệt trợ giúp xã hội xã/phường/thị trấn:..........................................................

Đã xem xét hồ sơ, xác minh thông tin cá nhân của.....................................

Và họp ngày....... tháng..... năm ......, thống nhất kết luận như sau (ghi cụ thể hoàn cảnh gia đình của trẻ).................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Đề nghị cơ quan có thẩm quyền xem xét giải quyết chế độ chính sách cho đối tượng theo quy định

Ngày..... tháng.......năm

**TM. HỘI ĐỒNG XÉT DUYỆT**

**CHỦ TỊCH**

*(Ký, đóng dấu)*

(1): Đơn đề nghị hỗ trợ phải do cha/mẹ hoặc người giám hộ viết.

(2): Ghi rõ bản thân trẻ thuộc đối tượng nào trong diện các đối tượng được hỗ trợ theo chính sách này (VD: Hộ nghèo, cận nghèo...) và nêu hoàn cảnh khó khăn của bản thân trẻ và gia đình (VD: Thiệt hại, rủi ro ước tính số tiền là bao nhiêu nếu không tính được giá trị thì nêu tài sản là gi, số lượng, chủng loại..., nêu rõ mất tích trong hoàn cảnh nào...), trường hợp trẻ có cha hoặc mẹ mất tích phải giải trình cụ thể của sự việc mất tích để làm cơ sở xét hỗ trợ.

(3): Ghi rõ và đầy đủ những tên bệnh mà trẻ đã khám, chữa bệnh theo hồ sơ bệnh án đề nghị hỗ trợ của đợt này (ví dụ: Bệnh viêm cầu thận...)

(4): Ghi rõ và đầy đủ những nơi trẻ đã khám, chữa bệnh theo hồ sơ đề nghị hỗ trợ của đợt này.

(5): Tổng chi phí khám, chữa bệnh là tổng số tiền chi phí cho khám, chữa bệnh của đối tượng, bao gồm cả phần thanh toán BHYT và phần thanh toán do gia đình đối tượng phải chi trả (nếu trong hoá đơn thanh toán có nội dung này thì ghi vào đơn). Trong hoá đơn thanh toán phải thể hiện rõ số tiền mà gia đình bệnh nhân phải trực tiếp chi trả để làm cơ sở xét hỗ trợ.