###### Mẫu số 04B -BHKV

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

# BẢN KHAI CÁ NHÂN

# Về thời gian, địa bàn phục vụ trong Quân đội

# có hưởng phụ cấp khu vực

Kính gửi: ………………………(1)………………………………..

Tên tôi là: .............................................................sinh ngày………/…………./………….

Số sổ BHXH…………………………………………………………..……………………

Cấp bậc, chức vụ, chức danh, nghề nghiệp:………..……………………………………..

Đơn vị:…………………………………………….……………………………………….

Có thời gian đóng quân, làm việc ở các địa phương có hưởng phụ cấp khu vực như sau:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thời gian** | | Sốtháng | Cấp bậc,chức vụ | **Đơn vị, địa điểm đóng quân**  *(ghi đầy đủ địa danh xã, huyện, tỉnh)* | **Ghi chú** |
| Từ tháng năm | Đến tháng năm |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Tôi cam đoan thời gian kê khai trên là đúng, nếu sai tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật./.

|  |  |
| --- | --- |
| *………., ngày ...... tháng .... năm .......*  **THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ** *(Ký, ghi rõ họ tên, chức danh, đóng dấu)* | *………………., ngày ...... tháng .... năm .......* NGƯỜI LÀM ĐƠN *(Ký, ghi rõ họ tên)* |

1. *Đơn vị cấp Trung đoàn và tương đương trở lên.*

***Mẫu này dùng cho người lao động***

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

**Mẫu số 09A-HBQP**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

# 

# TỜ KHAI CỦA THÂN NHÂN

**I.** Họ và tên người khai (1): ...........................................; sinh ngày.... /...../........; Nam/Nữ......; Quan hệ với người chết:..................................

Nơi cư trú:..........................................................................................................................................................................................................

Số CMT/hộ chiếu/thẻ căn cước .....................................do ..................................cấp ngày ....../..... /.........; số định danh (nếu có): ..................

**II.** Họ và tên người chết: ........... ............................................... .số sổ BHXH .......................................... ; chết ngày ........... /........ /.............

Đơn vị công tác trước khi chết: ...................................................................................................................................................................

**III.** Danh sách và đề nghị của người khai

1. Danh sách thân nhân của người chết (2):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Số TT | Họ và tên | Mối quan hệ với người chết | Ngày, tháng, năm sinh | | Địa chỉ nơi cư trú*(ghi cụ thể số nhà, phố, tổ, thôn, xã/phường/thị trấn, quận/huyện, tỉnh/thành phố)* | - Số định danh (nếu có) hoặc   * Số CMT/ hộ chiếu/ thẻ căn cước (nếu có) nếu chưa có số định danh (3) | Mức thu nhập hằng tháng từ nguồn thu nhập (4) | Tỷ lệ suy giảm khả năng lao động (5) | Đủ điều kiện hưởng trợ cấp hằng tháng (6) |
| Nam | Nữ |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2. Trường hợp thân nhân hưởng trợ cấp tuất hằng tháng chưa đủ 15 tuổi hoặc bị mất, hạn chế năng lực hành vi dân sự thì khai bổ sung:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Số TT | Họ tên người hưởng trợ cấp | Họ, tên người đứng tên nhận trợ cấp (1) | Mối quan hệ của người đứng tên nhận trợ cấp với người hưởng trợ cấp | - Số định danh (nếu có) hoặc  - Số CMT/hộ chiếu /thẻ căn cước của người nhận trợ cấp nếu chưa có số định danh (6) | Địa chỉ nơi cư trú của người đứng tên nhận trợ cấp *(ghi cụ thể số nhà, phố, tổ, thôn, xã/phường/thị trấn, quận/huyện, tỉnh/thành phố)* |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |

Sau khi nghiên cứu kỹ quy định của pháp luật BHXH, tôi đề nghị cơ quan BHXH giải quyết: (*người khai nghiên cứu kỹ và đánh dấu X vào 01 trong 03 ô vuông dưới đây)*

Trợ cấp tuất hàng tháng đối với các thân nhân đủ điều kiện.

Trợ cấp tuất một lần đối với trường hợp không có thân nhân đủ điều kiện hưởng trợ cấp tuất hàng tháng.

Trợ cấp tuất một lần đối với trường hợp thân nhân đủ điều kiện hưởng trợ cấp tuất hàng tháng nhưng lựa chọn hưởng trợ cấp tuất một lần.

**IV.** Cam kết của người khai: Trường hợp được hưởng trợ cấp mai táng, trợ cấp chết do TNLĐ, BNN, trợ cấp khu vực một lần hoặc trợ cấp tuất một lần, tôi được các thân nhân cử làm đại diện cho tất cả thân nhân đứng tên kê khai và nhận tiền trợ cấp.

Tôi xin cam đoan những nội dung kê khai trên đây là đầy đủ, đúng sự thật, nếu sai tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật. Đề nghị cơ quan BHXH xem xét, giải quyết chế độ tử tuất cho gia đình tôi theo quy định./.

|  |  |
| --- | --- |
| *. . . . . . , ngày . . . . .tháng . . . .năm . . ..* **Chứng thực chữ ký hoặc điểm chỉ của người khai** (7) | *. . . . . . , ngày . . . . .tháng . . . .năm . . ..* **Người khai** *(ký hoặc điểm chỉ, ghi rõ họ tên)* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Xác nhận của các thân nhân về việc cử người đại diện kê khai và nhận trợ cấp** (8) | | | |
| Thân nhân  *(Ký, ghi rõ họ tên)* | Thân nhân  *(Ký, ghi rõ họ tên)* | Thân nhân  *(Ký, ghi rõ họ tên)* | Thân nhân  *(Ký, ghi rõ họ tên)* |

**HƯỚNG DẪN LẬP TỜ KHAI THEO MẪU SỐ 09A-HBQP**

(1) Người khai trong trường hợp thân nhân đủ điều kiện hưởng chế độ tử tuất một lần là người được các thân nhân ủy quyền (đối với trường hợp đủ điều kiện hưởng trợ cấp tuất hàng tháng nhưng lựa chọn hưởng trợ cấp tuất một lần là người được ủy quyền trong Mẫu số 13B-HBQP) nhận trợ cấp mai táng, trợ cấp tuất một lần, trợ cấp khu vực một lần (nếu có) và trợ cấp chết do TNLĐ, BNN (nếu có);

- Trường hợp thân nhân đủ điều kiện hưởng trợ cấp tuất hàng tháng mà chưa đủ 15 tuổi hoặc bị mất, hạn chế năng lực hành vi dân sự thì người khai là người đại diện hợp pháp của thân nhân theo quy định của pháp luật dân sự;

- Trường hợp thân nhân đủ điều kiện hưởng trợ cấp tuất hàng tháng mà lựa chọn hưởng trợ cấp tuất một lần thì người khai là người được các thân nhân ủy quyền nhận trợ cấp tuất một lần. Nếu chỉ có một thân nhân đủ điều kiện hưởng trợ cấp tuất hàng tháng mà lựa chọn hưởng trợ cấp tuất 1 lần thì người khai là chính thân nhân đó; nếu các thân nhân đủ điều kiện hưởng trợ cấp tuất tháng mà chưa đủ 15 tuổi hoặc bị mất hoặc bị hạn chế năng lực hành vi dân sự mà có chung một người đại diện hợp pháp thì người khai là người đại diện hợp pháp và chịu trách nhiệm về việc lựa chọn hưởng trợ cấp tuất một lần;

- Trường hợp hưởng trợ cấp tuất một lần theo quy định của pháp luật về thừa kế thì tại cột "Mối quan hệ với người chết" trong Danh sách tại điểm 1 Mục III của Tờ khai, ghi: “người thừa kế” và người khai trong trường hợp này là người đại diện cho các thân nhân cùng hàng thừa kế nhận trợ cấp;

(2) Kê khai tất cả thân nhân theo thứ tự con, vợ hoặc chồng, cha đẻ, mẹ đẻ, cha vợ hoặc cha chồng, mẹ vợ hoặc mẹ chồng; thành viên khác trong gia đình mà người tham gia BHXH khi còn sống có trách nhiệm nuôi dưỡng; nếu có người đủ điều kiện hưởng trợ cấp tuất hàng tháng thì kê khai người đủ điều kiện hưởng trợ cấp tuất hàng tháng trước. Trường hợp thân nhân đã chết thì ghi "đã chết tháng… năm …" vào cột "địa chỉ nơi cư trú" và không phải kê khai cột "ngày tháng năm sinh" và 4 cột ngoài cùng bên phải;

(3) Nếu đã có số định danh thì phải ghi số định danh; trường hơp chưa có số định danh thì ghi số chứng minh thư hoặc số hộ chiếu hoặc số thẻ căn cước, nếu không có thì không bắt buộc phải ghi;

(4) Ghi rõ mức thu nhập thực tế hiện có từ nguồn thu nhập như tiền lương hoặc lương hưu hoặc loại trợ cấp hoặc các nguồn thu nhập cụ thể khác;

(5) Nếu bị suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên thì ghi tỷ lệ % suy giảm khả năng lao động; nếu được cấp giấy xác nhận thương tật đặc biệt nặng thì ghi "thương tật 81%";

(6) Ghi "đủ điều kiện" đối với thân nhân đủ điều kiện hưởng trợ cấp tuất hàng tháng. Nếu số thân nhân đủ điều kiện hưởng trợ cấp tuất hàng tháng nhiều hơn 4 người thì các thân nhân thống nhất lựa chọn để khai tại danh sách này đủ 4 người theo thứ tự ưu tiên từ số 01 đến 04, sau đó khai đến các thân nhân khác;

(7) Chứng thực chữ ký hoặc điểm chỉ của người khai: Là chứng thực của chính quyền địa phương hoặc của Phòng Công chứng hoặc của Thủ trưởng trại giam, trại tạm giam trong trường hợp chấp hành hình phạt tù, bị tạm giam hoặc của Đại sứ quán Việt Nam hoặc cơ quan đại diện ngoại giao Việt Nam trong trường hợp cư trú ở nước ngoài;

- Nếu Tờ khai từ 02 tờ rời trở lên thì giữa các tờ phải đóng dấu giáp lai của chính quyền địa phương nơi xác nhận chữ ký của người khai;

(8) Trường hợp thân nhân hưởng trợ cấp tuất một lần cử người khai làm đại diện nhận tiền trợ cấp thì ký, ghi rõ họ tên hoặc điểm chỉ./.

**Mẫu số 9C-HBQP**

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

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**BIÊN BẢN HỌP CỦA CÁC THÂN NHÂN**

*Về việc lựa chọn hưởng trợ cấp tuất một lần, trừ trường hợp con dưới 6 tuổi,   
con hoặc vợ hoặc chồng bị suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên*

Hôm nay, vào hồi ..... giờ ...... phút, ngày....... tháng........ năm...........tại ...............................................................................................................................................

Chúng tôi gồm các thân nhân đủ điều kiện hưởng trợ cấp tuất hằng tháng của đồng chí .........(1)................ ............................, số sổ BHXH ..................................., chết ngày … /… /…..., có tên sau đây:

1. Ông (Bà) .....……………..…................. Nam/Nữ, sinh ngày ....../....../.........; là (2)...............................................................................................................;

Người đại diện hợp pháp (nếu có): ................(3).................................................  
........................................................................................................................................

2. Ông (Bà) .....……………..…................. Nam/Nữ, sinh ngày ....../....../.........; là (2)................................................................................................................;

…...............................................................................…........................................................

Tiến hành họp để thống nhất việc lựa chọn hưởng trợ cấp tuất một lần, sau khi nghiên cứu kỹ quy định của chính sách về chế độ tử tuất và khoản 3 Điều 69 Luật BHXH năm 2014, chúng tôi thuộc đối tượng hưởng trợ cấp tuất hằng tháng nhưng thống nhất lựa chọn hưởng trợ cấp tuất một lần và ủy quyền cho ông (bà)...............(4)....................., Số chứng minh thư/hộ chiếu/thẻ căn cước:.................................. thay mặt cho chúng tôi lập tờ khai của thân nhân (Mẫu số 09A-HBQP) và nhận tiền trợ cấp tuất một lần. Đề nghị BHXH Bộ Quốc phòng xem xét, giải quyết trợ cấp tuất một lần.

Chúng tôi cam đoan chịu trách nhiệm trước pháp luật về việc lựa chọn và chữ ký của mình; không để xảy ra tranh chấp và cam kết không khiếu nại gì về sau./.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Xác nhận của các thân nhân** (5) | | | |
| Thân nhân  được ủy quyền | Thân nhân  *(Ký, ghi rõ họ tên)* | Thân nhân  *(Ký, ghi rõ họ tên)* | Thân nhân  *(Ký, ghi rõ họ tên)* |
| *(Ký, ghi rõ họ tên)* |  |  |  |

***Ghi chú:***

*(1) Ghi rõ họ và tên người chết;*

*(2) Ghi rõ mối quan hệ về nhân thân với người chết;*

*(3) Trường hợp thân nhân chưa đủ 15 tuổi hoặc bị mất, hạn chế năng lực hành vi dân sự thì ghi đầy đủ tên người đại diên hợp pháp theo quy định của pháp luật dân sự, số chứng minh thư, mối quan hệ với người được đại diện; nếu các thân nhân đều chưa đủ 15 tuổi hoặc bị mất, bị hạn chế năng lực hành vi dân sự mà có chung một người đại diện hợp pháp thì cũng không cần lập biên bản này; trường hợp không cần người đại diện hợp pháp thì không hiển thị nội dung này;*

*(4) Ghi rõ họ và tên của người thay mặt cho các thân nhân đã nêu trong Tờ khai của thân nhân.*

*(5) Các thân nhân, người được ủy quyền, người đại diện hợp pháp cho thân nhân thuộc diện hưởng tuất hằng tháng bắt buộc phải ký, ghi rõ họ tên hoặc điểm chỉ.*

##### Mẫu số 13A-HBQP HBQPHBQP

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

# GIẤY ĐĂNG KÝ

# Nơi nhận lương hưu và nơi khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu

Họ và tên:........................................................; sinh ngày ........./........../..............................

Theo (1).................................................................................................................................

Tôi có tên: .........................................................; sinh ngày ........./........../............................

Số sổ BHXH/số định danh:...................................................................................................

Cấp bậc, chức vụ, chức danh, nghề nghiệp: .........................................................................

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

Đơn vị: ..................................................................................................................................

Được nghỉ việc hưởng chế độ hưu trí từ ngày……….tháng………năm…………theo Quyết định số......../............ngày.....tháng......năm......của.....................................................

Tôi xin đăng ký:

- Địa chỉ nơi nhận lương hưu (2):………………………………………………......

........................................................số điện thoại :......................................................

- Nơi khám, chữa bệnh BHYT ban đầu (2):………………………………………..

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

- Hình thức nhận:  Tiền mặt  ATM: Chủ tài khoản ..................................................................................................................................... Số tài khoản ................................... Ngân hàng.........................................................

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

Chi nhánh..............................................................................................................

Tôi cam đoan những nội dung trên là đúng, nếu sai tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm./.

|  |  |
| --- | --- |
| *........., ngày.........tháng ........năm.........*  **Thủ trưởng đơn vị**  *(Ký, ghi rõ chức danh, họ tên, đóng dấu)* | *............, ngày.......tháng ......năm.......*  **Người đăng ký**  *(Ký, ghi rõ họ tên)* |

***Ghi chú :*** - *(1) Trường hợp ngày, tháng, năm sinh hoặc họ, đệm, tên trong hồ sơ hưởng BHXH với giấy tờ tuỳ thân không thống nhất thì ghi rõ theo giấy tờ nào (chứng minh thư, thẻ căn cước số…………………hoặc sổ hộ khẩu) ghi họ, đệm, tên, ngày, tháng, năm sinh trong các giấy tờ đó;*

*- (2) Nơi khám, chữa bệnh (KCB) ban đầu do cá nhân lựa chọn cơ sở KCB có ký hợp đồng KCB bảo hiểm y tế (Trạm y tế xã hoặc Bệnh viện đa khoa huyện/tương đương hoặc các cơ sở KCB quân y); nếu thuộc đối tượng người có công với cách mạng thì ghi rõ thuộc đối tượng người có công với cách mạng sau tên cơ sở KCB đã đăng ký;*

*- Nơi nhận lương hưu ghi đầy đủ: xã (phường, thị trấn), huyện (thị xã, thành phố), tỉnh, thành phố.*

*- Trường hợp cá nhân không lập Giấy đăng ký nơi nhận lương hưu thì đơn vị làm thủ tục chuyển hưởng lương hưu về nguyên quán và hồ sơ không có giấy tờ này.*

##### Mẫu số 13B-HBQP

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

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**GIẤY ỦY QUYỀN**

**Làm thủ tục hưởng, nhận thay chế độ BHXH, BHYT, BHTN**

**I. Người ủy quyền:**

Họ và tên: ..........................................., sinh ngày ....... /...... /..........

Số sổ BHXH/số hồ sơ/số định danh :…………….................................................

Loại chế độ được hưởng: .........................................................................................

Số chứng minh thư/hộ chiếu/thẻ căn cước :………………...................................

cấp ngày .. .../......./......... tại ..................................................................................

Nơi cư trú(1):............................................................................................................

Số điện thoại khi cần liên hệ:....................................................................................

Số thẻ BHYT hiện đang sử dụng (nếu có) ..............................................................

**II. Người được ủy quyền:**

Họ và tên: ..............................................., sinh ngày ......... /........ /..........

Số chứng minh thư: ..............................................................................................

cấp ngày . .../......./......... tại ......................................................................................

Nơi cư trú (1):...........................................................................................................

Số điện thoại khi cần liên hệ:..................................................................................

**III. Nội dung ủy quyền** (2)**:**

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

**IV. Thời hạn ủy quyền:** ...................................................................................

Chúng tôi cam kết chấp hành đúng nội dung ủy quyền theo quy định của pháp luật. Trong trường hợp người ủy quyền (người hưởng chế độ) xuất cảnh trái phép hoặc bị Tòa án tuyên bố là mất tích hoặc bị chết hoặc có căn cứ xác định việc hưởng BHXH không đúng quy định của pháp luật thì người được ủy quyền có trách nhiệm thông báo kịp thời cho đơn vị trực tiếp chi trả hoặc cơ quan BHXH Bộ Quốc phòng, nếu vi phạm phải trả lại số tiền đã nhận và bị xử lý theo quy định của pháp luật./.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *......, ngày ... tháng ... năm ....*  **Chứng thực chữ ký  của người ủy quyền**  *(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* | *........., ngày ... tháng ... năm ....*  **Người ủy quyền**  *(Ký, ghi rõ họ tên)* | *..........., ngày .... tháng .... năm .....*  **Người được ủy quyền**  *(Ký, ghi rõ họ tên)* |

**HƯỚNG DẪN LẬP MẪU SỐ 13B-HBQP**

(1) Ghi đầy đủ địa chỉ: Số nhà, ngõ (ngách, hẻm), đường phố, tổ (thôn, xóm, ấp), xã (ph­ường, thị trấn), huyện (quận, thị xã, thành phố), tỉnh, thành phố; trường hợp người ủy quyền đang chấp hành hình phạt tù thì ghi tên trại giam, huyện (quận, thị xã, thành phố), tỉnh (thành phố);

(2) Ghi rõ nội dung ủy quyền như: Làm loại thủ tục gì; nhận hồ sơ hưởng BHXH (bao gồm thẻ BHYT) nếu có; nhận lương hưu hoặc loại trợ cấp, chế độ gì; đổi thẻ BHYT, thanh toán BHYT, đổi sổ, điều chỉnh mức hưởng; điều chỉnh sổ BHXH, thẻ BHYT...Nếu nội dung ủy quyền bao gồm cả việc làm đơn thì cũng phải ghi rõ là ủy quyền làm đơn;

- Người được ủy quyền khi đến nhận kết quả phải xuất trình chứng minh thư/hộ chiếu/thẻ căn cước và nộp lại Giấy ủy quyền;

- Giấy ủy quyền bằng tiếng nước ngoài phải kèm theo bản dịch sang tiếng Việt được công chứng, chứng thực;

- Thời hạn ủy quyền do các bên thỏa thuận, trường hợp không thỏa thuận thì thời hạn ủy quyền có hiệu lực là một năm kể từ ngày xác lập việc ủy quyền;

- Chứng thực chữ ký của người ủy quyền: Là chứng thực của chính quyền địa phương hoặc của Phòng Công chứng hoặc của Thủ trưởng trại giam, trại tạm giam trong trường hợp chấp hành hình phạt tù, bị tạm giam hoặc của Đại sứ quán Việt Nam hoặc cơ quan đại diện ngoại giao Việt Nam hoặc của chính quyền địa phương ở nước nơi người hưởng đang cư trú trong trường hợp cư trú ở nước ngoài (chỉ cần xác nhận chữ ký của người ủy quyền).

- Trường hợp người không thực hiện đúng nội dung cam kết thì ngoài việc phải hoàn trả lại số tiền đã nhận không đúng quy định còn bị xử lý theo quy định của pháp luật.

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

**Mẫu số 14-HBQP**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

Kính gửi: …………………(1)………………………..

……………………………………………...

Họ và tên: ............................(2)...................; sinh ngày ...../...../........ ; giới tính……..

Số sổ BHXH/số định danh:.............................................................................................

Số CMT/hộ chiếu/thẻ căn cước: ................nơi cấp ........................................................; cấp ngày ...... tháng ..... năm 20….

Đơn vị …………………………………………..(3)…………………………………

Nơi cư trú ............................................................(4)......................................................

Số điện thoại cần liên hệ: ..............................................................................................

Sau khi nghiên cứu Luật Bảo hiểm xã hội về quyền lợi, trách nhiệm của người lao động khi tham gia BHXH, tôi làm đơn này đề nghị cơ quan BHXH và cơ quan liên quan nội dung cần giải quyết như sau (5):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Giới thiệu giám định do TNLĐ lần đầu: |  | Giới thiệu giám định TNLĐ tái phát: |  |
| Giới thiệu giám định do BNN lần đầu: |  | Giới thiệu giám định BNN tái phát: |  |
| Giới thiệu giám định TNLĐ, BNN tổng hợp: |  |  |  |
| Xác nhận hồ sơ và giấy tờ tùy thân không khớp nhau về họ, tên, tên đệm, ngày, tháng, năm sinh: | | |  |
| Trợ cấp BHXH một lần: |  |  | |
| Trợ cấp BHXH một lần khi đủ điều kiện nghỉ hưu (Điểm c Khoản 1 Điều 60 Luật BHXH): | | |  |
| Trợ cấp BHXH một lần ra nước ngoài định cư: | | |  |
| Trợ cấp tuất một lần đối với trường hợp đủ điều kiện hưởng tuất hàng tháng: | | |  |
| Nộp một lần cho những tháng còn thiếu để hưởng chế độ hưu trí: | | |  |
| Nộp một lần cho những tháng còn thiếu để hưởng chế độ trợ cấp tuất hàng tháng: | | |  |
| Nộp lại số tiền trợ cấp BHXH đã nhận (nếu có): | | |  |
| Nhận lương hưu đối với trường hợp chấp hành xong hình phạt tù: | | |  |
| Bảo lưu thời gian đã đóng BHXH | | |  |
| Hủy quyết định hưởng BHXH: | | |  |

Lý do: …………………………………………..(6)…………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những đề nghị trên và cam đoan không có khiếu nại, thắc mắc gì sau khi được giải quyết chế độ./.

|  |  |
| --- | --- |
| **Xác nhận của Thủ trưởng đơn vị**  *(Ký ghi rõ họ, tên, đóng dấu***)** | *.............., ngày ....... tháng ..... năm ......*  **Người làm đơn**  *(Ký, ghi rõ họ tên)* |

**HƯỚNG DẪN LẬP MẪU 14-HBQĐ**

(1) Ghi đầy đủ cơ quan, đơn vị đề nghị giải quyết.

(2) Ghi đầy đủ họ và tên của người hưởng hoặc nếu chế độ tuất ghi đầy đủ họ tên thân nhân người chết và quan hệ với người chết.

Trường hợp người hưởng ủy quyền cho người khác làm đơn và thực hiện toàn bộ thủ tục thì ghi đầy đủ họ và tên, các thông tin của người được ủy quyền.

(3) Ghi đầy đủ tên đơn vị từ cấp Tiểu đoàn, Trung đoàn đến cấp trực thuộc Bộ.

(4) Ghi đầy đủ địa chỉ nơi đang cư trú của người có yêu cầu giải quyết: Số nhà, ngõ (ngách, hẻm), đường phố, tổ (thôn, xóm, ấp), xã (ph­ường, thị trấn), huyện (thị xã, thành phố), tỉnh, thành phố; trường hợp người hưởng ủy quyền cho người khác làm đơn và thủ tục thì ghi địa chỉ của người được ủy quyền.

(5) Đánh dấu (X) vào nội dung yêu cầu giải quyết.

(6) Lý do: *(Phần này cá nhân viết tay).* Ghi đầy đủ những lý do cần thiết để giải quyết chế độ đề nghị trong đơn.

- Trường hợp xuất cảnh thì ghi cụ thể thời gian xuất cảnh.

- Nếu bị Tòa án tuyên bố mất tích, chấp hành hình phạt tù giam thì ghi rõ thời gian mất tích, thời gian chấp hành hình phạt tù giam và kèm theo bản sao tuyên bố mất tích của Tòa án, quyết định chấp hành xong hình phạt tù giam.

- Trường hợp không thống nhất thông tin về họ, tên đệm, tên, ngày, tháng, năm sinh giữa chứng minh thư, sổ hộ khẩu/hộ chiếu/thẻ căn cước và hồ sơ hưởng BHXH thì ghi rõ trong đơn không thống nhất về thông tin gì kèm theo bản sao giấy tờ làm căn cứ xác nhận./.