#### Mẫu số 09

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

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**BẢN KHAI**

**Để giải quyết chế độ người hoạt động kháng chiến**

**bị nhiễm chất độc hóa học/con đẻ của người hoạt động**

**kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1. Phần khai về người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học**

Họ và tên:

CCCD/CMND số ……… Ngày cấp………… Nơi cấp

Ngày tháng năm sinh: Nam/Nữ:

Quê quán:

Nơi thường trú:

Số điện thoại:

Có quá trình hoạt động kháng chiến ở vùng quân đội Mỹ sử dụng chất độc hóa học như sau:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Thời gian** | **Cơ quan/Đơn vị** | **Địa bàn hoạt động** |
| 1 | Từ tháng ... năm ...  đến tháng ... năm ... |  |  |
| 2 | … |  |  |

Tình trạng bệnh tật, sức khỏe hiện nay[[1]](#footnote-2):

**2. Phần khai về con đẻ (trường hợp người hoạt động kháng chiến sinh con dị dạng, dị tật)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ tên** | **Năm sinh** | **Số CCCD/CMND/GKS, ngày cấp, nơi cấp** | | **Tình trạng dị dạng,**  **dị tật bẩm sinh** | |
| 1 |  |  |  | |  | |
| 2 |  |  |  | |  | |
| … |  |  |  | |  | |
| *...., 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)* | |

#### 

1. ***Ghi chú:*** Ghi rõ bệnh, dị dạng, dị tật. Trường hợp vô sinh thì ghi rõ “có vợ hoặc có chồng nhưng không có con đẻ”. [↑](#footnote-ref-2)