

THỦ TỤC GIẢI QUYẾT HƯỞNG CHẾ ĐỘ ƯU ĐÃI ĐỐI VỚI NGƯỜI HOẠT ĐỘNG KHÁNG CHIẾN BỊ NHIỄM CHẤT ĐỘC HÓA HỌC

1. Đơn vị:

Hồ Chí Minh

2. Trình tự thực hiện:

- **Bước 1:** Cá nhân nộp hồ sơ tại Bộ phận tiếp nhận và trả kết quả tại Ủy ban nhân dân phường, xã, thị trấn nơi cư trú từ thứ hai đến thứ sáu và sáng thứ bảy (buổi sáng từ 07 giờ 30 phút đến 11 giờ 30 phút, buổi chiều từ 13 giờ 00 phút đến 17 giờ 00 phút).

- **Bước 2:** Bộ phận tiếp nhận và trả kết quả của Ủy ban nhân dân phường, xã, thị trấn tiếp nhận hồ sơ và kiểm tra tính đầy đủ và hợp lệ các giấy tờ có trong hồ sơ.

+ Trường hợp hồ sơ đầy đủ và hợp lệ theo quy định thì cấp biên nhận hồ sơ;

+ Trường hợp hồ sơ chưa đầy đủ, chưa hợp lệ công chức phân công tiếp nhận hướng dẫn bằng văn bản cho người nộp hồ sơ bổ sung và hoàn thiện hồ sơ theo quy định.

- **Bước 3:** Ủy ban nhân dân phường, xã, thị trấn trong thời gian 10 ngày làm việc kể từ ngày nhận được bản khai, có trách nhiệm xác nhận các yếu tố trong bản khai, lập danh sách đề nghị xác nhận người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học kèm giấy tờ quy định gửi Phòng Lao động - Thương binh và Xã hội;

- **Bước 4:** Trong thời gian 10 ngày làm việc kể từ ngày nhận đủ các giấy tờ hợp lệ, Phòng Lao động - Thương binh và Xã hội có trách nhiệm kiểm tra, lập danh sách người đủ điều kiện kèm giấy tờ quy định gửi Sở Lao động - Thương binh và Xã hội;

- **Bước 5:** Trong thời gian 10 ngày, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ hợp lệ, Sở Lao động - Thương binh và Xã hội có trách nhiệm kiểm tra hồ sơ, giới thiệu (kèm bản sao hồ sơ) ra Hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh.

- **Bước 6:** Hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh khám giám định, lập biên bản giám định bệnh, tật; dị dạng, dị tật chuyển Sở Y tế kèm hồ sơ để cấp giấy chứng nhận bệnh tật do nhiễm chất độc hóa học; dị dạng, dị tật do ảnh hưởng của chất độc hóa học;

- **Bước 7:** Trong thời gian 10 ngày làm việc kể từ ngày tiếp nhận hồ sơ, Sở Y tế có trách nhiệm cấp giấy chứng nhận bệnh tật do nhiễm chất độc hóa học; giấy chứng nhận dị dạng, dị tật do ảnh hưởng của chất độc hóa học và chuyển Sở Lao động - Thương binh và Xã hội kèm hồ sơ.

- **Bước 8:** Trong thời gian 10 ngày làm việc kể từ ngày tiếp nhận đủ hồ sơ do Sở Y tế chuyển đến, Sở Lao động - Thương binh và Xã hội có trách nhiệm ra quyết định trợ cấp, phụ cấp đối với những trường hợp đủ điều kiện. Trường hợp từ chối thông báo bằng văn bản có nêu rõ lý do.

- **Bước 9:** Căn cứ vào ngày hẹn trên biên nhận cá nhân đến nhận kết quả tại Bộ phận tiếp nhận và trả kết quả của Ủy ban nhân dân phường, xã, thị trấn.

3. Cách thức thực hiện:

Nộp hồ sơ và nhận kết quả trực tiếp tại Ủy ban nhân dân xã, phường, thị trấn.

4. Thành phần hồ sơ:

+ Bản khai (Mẫu HH1).

+ Một trong những giấy tờ chứng minh thời gian tham gia hoạt động kháng chiến tại vùng mà quân đội Mỹ sử dụng chất độc hóa học:

- Quyết định phục viên, xuất ngũ; giấy X Y Z; giấy chuyển thương, chuyển viện, giấy điều trị; giấy tờ khác chứng minh có tham gia hoạt động kháng chiến tại vùng mà quân đội Mỹ sử dụng chất độc hóa học được xác lập từ ngày 30 tháng 4 năm 1975 trở về trước.

- Bản sao: Lý lịch cán bộ, lý lịch đảng viên, lý lịch quân nhân, Huân chương, Huy chương chiến sĩ giải phóng.

- Bản sao một trong các giấy tờ: Lý lịch công an nhân dân; hồ sơ hưởng chế độ bảo hiểm xã hội; hồ sơ khen thưởng tổng kết thành tích tham gia kháng chiến; hồ sơ, giấy tờ khác có giá trị pháp lý được lập trước ngày 01 tháng 01 năm 2000;

- Giấy xác nhận của cơ quan chức năng thuộc Bộ Quốc phòng về phiên hiệu, ký hiệu, thời gian và địa bàn hoạt động của đơn vị.

+ Có một trong các giấy tờ chứng minh mắc bệnh, tật, dị dạng, dị tật có liên quan đến phơi nhiễm chất độc hóa học như sau:

- Bản tóm tắt bệnh án Điều trị nội trú của bệnh viện công lập từ tuyến huyện trở lên (Phụ lục 4).

· Bản tóm tắt quá trình Điều trị ngoại trú của bệnh viện công lập từ tuyến huyện trở lên hoặc Bản tóm tắt quá trình Điều trị ngoại trú của Phòng khám Ban Bảo vệ sức khỏe cán bộ tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương (Phụ lục 5).

Các giấy tờ: Bản tóm tắt bệnh án Điều trị nội trú, Bản tóm tắt quá trình Điều trị ngoại trú do Thủ trưởng đơn vị hoặc người được ủy quyền ký tên, đóng dấu của đơn vị và được Sở Lao động - Thương binh và Xã hội sao và xác nhận.

· Riêng đối với đối tượng mắc bệnh thần kinh ngoại biên cấp tính hoặc bán cấp tính (Acute, subacute peripheral neuropathy) này chỉ cần có giấy tờ có giá trị pháp lý được xác lập trước ngày 30 tháng 4 năm 1975 ghi nhận mắc bệnh thuộc nhóm bệnh thần kinh ngoại biên, được Sở Lao động - Thương binh và Xã hội sao và xác nhận.

Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai hành chính:

STT	Tên mẫu đơn, tờ khai
1	Bản khai (Mẫu HH1 ban hành kèm theo Thông tư số 05/2013/TT-BLĐTBXH ngày 15/5/2013). - Giấy giới thiệu của Sở Lao động Thương binh và Xã hội (Phụ lục 3, Thông tư liên tịch số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 30/6/2016). - Bản tóm tắt bệnh án Điều trị nội trú

5. Số bộ hồ sơ:

01 bộ

6. Phí:

7. Lệ phí:

8. Mức giá:

9. Thời hạn giải quyết:

- Trong thời hạn 30 ngày làm việc kể từ ngày nhận đầy đủ hồ sơ hợp lệ, Sở Lao động - Thương binh và Xã hội, có trách nhiệm kiểm tra hồ sơ, giới thiệu (kèm bản sao hồ sơ) ra Hội đồng giám định y khoa cấp tỉnh.

- Trong thời hạn 10 ngày làm việc kể từ ngày tiếp nhận hồ sơ, Sở Y tế có trách nhiệm cấp giấy chứng nhận bệnh tật do nhiễm chất độc hóa học; giấy chứng nhận dị dạng, dị tật do ảnh hưởng của chất độc hóa học và chuyển Sở Lao động - Thương binh và Xã hội kèm hồ sơ.

- Trong thời hạn 10 ngày làm việc kể từ ngày tiếp nhận đủ hồ sơ hợp lệ do Sở Y tế chuyển đến, Sở Lao động - Thương binh và Xã hội có trách nhiệm ra quyết định trợ cấp, phụ cấp đối với những trường hợp đủ điều kiện.

10. Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính:

- Người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học

11. Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính:

Ủy ban nhân dân cấp xã

12. Cơ quan có thẩm quyền quyết định:

Sở Lao động - Thương binh và Xã hội

13. Địa chỉ tiếp nhận hồ sơ:

14. Cơ quan phối hợp:

Sở Y tế, Phòng Lao động- Thương Binh và Xã hội huyện, Hội đồng Giám Định Y Khoa (Trung tâm GĐYK)

15. Cơ quan được ủy quyền:

16. Kết quả của việc thực hiện thủ tục hành chính:

Quyết định cấp giấy chứng nhận người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học và trợ cấp, phụ cấp hàng tháng hoặc văn bản từ chối có nêu rõ lý do.

17. Yêu cầu, điều kiện thực hiện thủ tục hành chính:

Người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học mắc một trong các dị dạng, dị tật có trong Phụ lục 2 ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 30/6/2016.

18. Căn cứ pháp lý của TTHC:

ID	Tên văn bản	Ngày ban hành	Trích yếu
117822	Thông tư liên tịch 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH	30/06/2016	Hướng dẫn khám giám định bệnh, tật, di dạng, dị tật có liên quan đến phơi nhiễm với chất độc hóa học đối với người hoạt động kháng chiến và con đẻ của họ
40180	Thông tư 05/2013/TT-BLĐTBXH	15/05/2013	Hướng dẫn về thủ tục lập hồ sơ, quản lý hồ sơ, thực hiện chế độ ưu đãi người có công với cách mạng và thân nhân
37370	Thông tư 16/2014/TT-BLĐTBXH	30/07/2014	Hướng dẫn một số nội dung xác nhận và thực hiện chế độ ưu đãi người có công với cách mạng
31841	Pháp lệnh 01/VBHN-VPQH	30/07/2012	Pháp lệnh ưu đãi người có công với cách mạng
30425	Nghị định	09/04/2013	Hướng dẫn Pháp lệnh ưu

	31/2013/NĐ-CP		đãi người có công với cách mạng
--	---------------	--	---------------------------------

19. Văn bản khác liên quan:

20. TTHC liên thông:

Mẫu HH1

(Ban hành kèm Thông tư 05/2013/TT-BLĐTBXH ngày 15 tháng 5 năm 2013)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

BẢN KHAI CÁ NHÂN

Đề nghị giải quyết chế độ người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học

1. Phần khai về người có công:

Họ và tên:

Sinh ngày tháng năm Nam/Nữ:

Nguyên quán:

Trú quán:

Có quá trình tham gia hoạt động kháng chiến như sau:

TT	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:

.....

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

TT	Họ tên	Năm sinh	Tình trạng dị dạng, dị tật bẩm sinh
1			
2			
...			

.... ngày... tháng... năm...

Xác nhận của xã, phường

Ông (bà)hiện cư trú tại,

có con đẻ dị dạng, dị tật cụ thể như sau:

.... ngày ... tháng ... năm ...

Người khai(Ký, ghi rõ họ và tên)

TM. UBND

Quyền hạn, chức vụ người ký

(Chữ ký, dấu)

Họ và tên

PHỤ LỤC 2

DANH MỤC CÁC DỊ DẠNG, DỊ TẬT BẨM SINH CÓ LIÊN QUAN ĐẾN PHƠI NHIỄM VỚI CHẤT ĐỘC HÓA HỌC

(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số: 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 30/6/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội)

STT	Danh Mục các dị dạng, dị tật bẩm sinh
<i>I. Các dị dạng, dị tật bẩm sinh ở sọ não và cột sống</i>	
1	Thai vô sọ (Anecephaly)
2	Thoát vị não tủy (encephalomyelocele), thoát vị não - màng não (encephalocele - menigocele)
3	Tật đầu nhỏ (Mycroencephaly)
4	Tật não úng thủy bẩm sinh (hydrocephaly):
5	Thiếu/không phát triển một phần não (Absence Agenesis a part of brain)
6	Tật nứt đốt sống /Tật gai sống chẻ đôi (Spina bifida)
7	Hội chứng Arnold-Chiari (Arnold-Chiari Syndrom)
8	Dị tật bẩm sinh não không đặc hiệu (Congenital malformation of brain, unspecified) gây một trong các tình trạng sau: - F70. Chậm phát triển tâm thần nhẹ (Mild mental retardation) - F71. Chậm phát triển tâm thần vừa (Moderate mental retardation) - F72. Chậm phát triển tâm thần nặng (Severe mental retardation) - F73. Chậm phát triển tâm thần trầm trọng (Profound mental retardation)
<i>II. Các dị dạng, dị tật bẩm sinh ở mắt</i>	
9	Không có mí mắt (Ablepharon)
10	Tật khuyết mí mắt (Coloboma of eyelid)
11	Tật nhãn cầu bé (Microphthalmos)
12	Không có nhãn cầu (Anophthalmus)
13	Tật không có mống mắt (Absence of iris)
<i>III. Các dị dạng, dị tật bẩm sinh ở tai</i>	
14	Dị tật thiếu tai ngoài bẩm sinh - Tật không tai (Congenital absence of (ear) auricle)
15	Thiếu, teo hoặc chít hẹp bẩm sinh ống tai ngoài (Congenital absence, atresia and stricture of auditory canal (external))
16	Dị tật thừa ở vành tai (biến dạng vành tai - Accessory auricle): - Gờ bình tai phụ (Accessory tragus) - Tật thừa tai (Polyotia) - Thịt thừa trước tai (Preauricular appendage or tag) - Thừa: tai; dải tai (Supernumerary: ear, lobule)
17	Dị tật tai bé (Dị tật tai nhỏ - Microtia)
<i>IV. Các dị dạng, dị tật bẩm sinh ở hàm miệng</i>	
18	Tật nứt môi kèm hoặc không kèm nứt khẩu cái (Sứt môi hở hàm) (Cleft lip or Cleft palate with cleft lip)
<i>V. Các dị dạng, dị tật bẩm sinh ở chi</i>	
19	Tật đa ngón (Polydactyly)
20	Tật dính ngón (Syndactyly)
21	Các khuyết tật hoặc thiếu hụt của chi trên (Reduction defects of upper limb (s))
22	- Bàn tay vẹo bẩm sinh (Clubhand congenital) - Bàn tay vẹo xương quay (Radial clubhand)
23	Các khuyết tật hoặc thiếu hụt của chi dưới (Reduction defects of lower limb (s))

24	Bàn chân vẹo (Clubfoot(s))
25	Tật không có chi (Phocomelia)
26	Khuyết tật Chi giống hải cẩu (Phocomelia)
27	Loạn sản sụn từng đám nhỏ (Chondrodysplasia punctata)
28	Lỗi xương bẩm sinh nhiều nơi (Other specified osteochondrodysplasias):
<i>VI. Các dị dạng, dị tật bẩm sinh về bất thường nhiễm sắc thể</i>	
29	Hội chứng Down (Down syndrome) (Tam bội thể 21)
30	Hội chứng Edwards và hội chứng Patau (Tam bội thể 18) (Edwards syndrome and Patau syndrome)
<i>VII. Tật song thai dính nhau</i>	
31	Sinh đôi dính nhau (conjoined twins)

PHỤ LỤC 3

**GIẤY GIỚI THIỆU KHÁM GIÁM ĐỊNH BỆNH, TẬT, DỊ DẠNG, DỊ TẬT CÓ LIÊN QUAN ĐẾN PHƠI NHIỄM
VỚI CHẤT ĐỘC HÓA HỌC**

*(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số: 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 30/6/2016 của Bộ
trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội)*

UBND TỈNH/THÀNH PHỐ...

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

SỞ LAO ĐỘNG - THƯƠNG

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

BINH VÀ XÃ HỘI

Số:/GGT-SLĐTBXH

....., ngày... tháng... năm....

GIẤY GIỚI THIỆU

Kính gửi: Hội đồng Giám định Y khoa

SỞ LAO ĐỘNG - THƯƠNG BINH VÀ XÃ HỘI TỈNH/THÀNH PHỐ...

Trân trọng giới thiệu: Ông (Bà) Giới tính: Nam ☐ Nữ ☐

Sinh ngày tháng năm; Điện thoại liên lạc:

Chỗ ở hiện tại:

Giấy CMND/ Hộ chiếu/Giấy khai sinh số (1): Ngày.../.../... Nơi cấp:...

Ông (Bà) hiện đang hưởng chế độ Thương binh/Người hưởng chính sách như
Thương binh/Bệnh Binh/Người khuyết tật.....(2).....

Tỷ lệ thương tật/bệnh tật:%.....

Được giới thiệu đến Hội đồng Giám định Y khoa

để khám giám định bệnh, tật, dị dạng, dị tật (3)

.....

có liên quan đến phơi nhiễm với chất độc hóa học.

Các giấy tờ kèm theo, gồm có

GIÁM ĐỐC

(Ký, ghi rõ họ và tên và đóng dấu)

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

Ghi chú: Giấy giới thiệu có giá trị trong vòng ba tháng kể từ ngày ký Giấy giới thiệu.

(1) Giấy Khai sinh chỉ dùng cho đối tượng dưới 14 tuổi.

(2) Ghi rõ chế độ chính sách đối tượng đang hưởng (nếu có). Nếu không đang hưởng chế độ thì ghi “Không”

(3) Ghi rõ tên bệnh, tật, dị dạng, dị tật quy định tại Điều 2 và Phụ lục số 2 kèm theo Thông tư này tùy theo đối tượng khám giám định và ghi rõ tổng hợp tỷ lệ % TTCT (nếu có).

PHỤ LỤC 4

BẢN TÓM TẮT BỆNH ÁN ĐIỀU TRỊ BỆNH, TẬT, DỊ DẠNG, DỊ TẬT CÓ LIÊN QUAN ĐẾN PHƠI NHIỄM VỚI CHẤT ĐỘC HÓA HỌC

(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số: 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 30/6/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội)

CƠ QUAN CHỦ QUẢN

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

TÊN ĐƠN VỊ

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

BẢN TÓM TẮT BỆNH ÁN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

I. HÀNH CHÍNH:

Ông (Bà) Giới tính: Nam ☐ Nữ ☐

Sinh ngày tháng năm

Chỗ ở hiện tại:

Giấy CMND/ Hộ chiếu/Giấy khai sinh số (1): Ngày.... / / Nơi cấp:.....

II. TÓM TẮT BỆNH ÁN ĐIỀU TRỊ:

1. Lý do vào viện:

.....

2. Quá trình bệnh lý và diễn biến lâm sàng:

.....

3. Tóm tắt khám lâm sàng và kết quả cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

.....

4. Chẩn đoán khi ra viện:

- Bệnh chính:

- Bệnh kèm theo (nếu có):

5. Phương pháp Điều trị:.....

6. Hướng Điều trị tiếp theo:.....

.... ngày... tháng... năm...

Thủ trưởng đơn vị

(Ký, ghi rõ họ và tên và đóng dấu)

(1) Giấy Khai sinh chỉ dùng cho đối tượng dưới 14 tuổi.

PHỤ LỤC 5

**BẢN TÓM TẮT QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ BỆNH, TẬT, DỊ DẠNG, DỊ TẬT CÓ LIÊN QUAN ĐẾN
PHƠI NHIỄM VỚI CHẤT ĐỘC HÓA HỌC**

*(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số: 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 30/6/2016 của Bộ
trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội)*

CƠ QUAN CHỦ QUẢN

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

TÊN ĐƠN VỊ

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

BẢN TÓM TẮT QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

I. HÀNH CHÍNH:

Ông (Bà) Giới tính: Nam ☐ Nữ ☐

Sinh ngày tháng năm

Chỗ ở hiện tại:

Giấy CMND/ Hộ chiếu/Giấy khai sinh số (1) Ngày....// Nơi
cấp:

II. TÓM TẮT QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ:

1. Quá trình và diễn biến của bệnh/tật/dị dạng/dị tật:

.....
.....

2. Tóm tắt kết quả khám lâm sàng và cận lâm sàng có giá trị chẩn đoán:

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

3. Chẩn đoán:

- Bệnh/tật/dị dạng/dị tật:

- Bệnh kèm theo (nếu có):

4. Phương pháp Điều trị:

.... ngày... tháng... năm...

Thủ trưởng đơn vị

(Ký, ghi rõ họ và tên và đóng dấu)

(1) Giấy Khai sinh chỉ dùng cho đối tượng dưới 14 tuổi.

PHỤ LỤC 7

BIÊN BẢN KHÁM GIÁM ĐỊNH BỆNH, TẬT, DỊ DẠNG, DỊ TẬT CÓ LIÊN QUAN ĐẾN PHƠI NHIỄM VỚI CHẤT ĐỘC HÓA HỌC

(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số: 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 30/6/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội)

CƠ QUAN CHỦ QUẢN (1) CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
HỘI ĐỒNG GIÁM ĐỊNH Y KHOA Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số:/GDYK-CĐHH

....., ngày... tháng... năm....

BIÊN BẢN KHÁM GIÁM ĐỊNH Y KHOA

Bệnh, tật, dị dạng, dị tật có liên quan đến phơi nhiễm với chất độc hóa học
Hội đồng Giám định y khoa(2).....

Đã họp ngày: tháng năm để khám giám định,
đối với Ông/Bà: Sinh ngày tháng năm
Chỗ ở hiện tại:
Giấy CMND/ Hộ chiếu/Giấy khai sinh số: Ngày.../.../... Nơi cấp: ...
Cơ quan giới thiệu/ đề nghị khám giám định
Giấy giới thiệu/ văn bản đề nghị số: ngày tháng năm
Khám giám định: (3).....
Bệnh tật, dị dạng, dị tật được khám giám định (4).....
Đang hưởng chế độ (5).....
Tỷ lệ thương tật/bệnh tật:%

KẾT QUẢ KHÁM HIỆN TẠI

(Ghi rõ tiền sử bệnh, tật, dị dạng, dị tật/ Điều trị, kết quả khám giám định lâm sàng, cận lâm sàng có giá trị để Hội đồng GDYK kết luận)

KẾT LUẬN

Căn cứ Thông tư liên tịch số /2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày và Thông tư liên tịch số 28/2013/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 27/9/2013 của Bộ Y tế, Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội, Hội đồng Giám định Y khoa kết luận:

Ông (bà):

Được xác định (6)

Tỷ lệ tổn thương cơ thể là:%; (ghi bằng chữ%)

Tổng hợp tỷ lệ bệnh binh với tỷ lệ % TTCT do bệnh tật có liên quan đến CĐHH thì tỷ lệ % TTCT là:% ; (ghi bằng chữ%)
(7).....

Đề nghị: (8).....

PCT/UV CHÍNH SÁCH

**PCT/UV THƯỜNG TRỰC/
CHUYÊN MÔN**

CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG

Ghi chú:

- (1). Ủy ban nhân dân tỉnh (nếu là Hội đồng GDYK tỉnh) hoặc Bộ Y tế (nếu là Hội đồng GDYK cấp TƯ)
- (2). Tên Hội đồng GDYK tổ chức cuộc họp.
- (3). Khám giám định: Lần đầu/Khám phúc quyết (vượt KMCM, đối tượng không đồng ý, theo đề nghị của Cục QLKCB/Cục NCC)/Khám phúc quyết lần cuối.
- (4). Ghi rõ tên bệnh, tật, dị dạng, dị tật cần khám giám định (có trong danh Mục bệnh tật ban hành kèm theo TT).
- (5). Ghi rõ chế độ đang được hưởng: Thương binh/Người hưởng chính sách như Thương binh/Bệnh Binh/Người khuyết tật. Trường hợp chưa được hưởng, ghi “Không”.
- (6) Ghi rõ mắc bệnh/không mắc bệnh thuộc Danh Mục bệnh, tật, dị dạng, dị tật có liên quan đến phơi nhiễm với chất độc hóa học/vượt khả năng chuyên môn.
- (7) Chỉ ghi trong trường hợp đối tượng đang hưởng chế độ bệnh binh đồng thời được xác định mắc bệnh tật liên quan đến phơi nhiễm CĐHH
- (8) Ghi đề nghị của Hội đồng: Chuyển Hội đồng GDYK..../.

PHỤ LỤC 8

GIẤY CHỨNG NHẬN MẮC BỆNH, TẬT, DỊ DẠNG, DỊ TẬT HOẶC SINH CON DỊ DẠNG, DỊ TẬT CÓ LIÊN QUAN ĐẾN PHƠI NHIỄM VỚI CHẤT ĐỘC HÓA HỌC

(Ban hành kèm theo Thông tư liên tịch số: 20/2016/TTLT-BYT-BLĐTBXH ngày 30/6/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế và Bộ trưởng Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội)

UBND TỈNH/THÀNH PHỐ...

SỞ Y TẾ

Số:/GCN-SYT

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

....., ngày ... tháng ... năm ...

GIẤY CHỨNG NHẬN

MẮC BỆNH, TẬT, DỊ DẠNG, DỊ TẬT HOẶC SINH CON DỊ DẠNG, DỊ TẬT CÓ LIÊN QUAN ĐẾN PHƠI NHIỄM VỚI CHẤT ĐỘC HÓA HỌC

Giám đốc Sở Y tế tỉnh/thành phố

Căn cứ (1) ngày/...../.....của

CHỨNG NHẬN

Ông (bà): Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

Sinh ngày tháng năm

Giấy CMND/Hộ chiếu/Giấy khai sinh số: Ngày/...../.....

Nơi cấp:

Chỗ ở hiện tại:

Bị mắc bệnh, tật, dị dạng, dị tật hoặc sinh con dị dạng, dị tật (2)

.....

..... có liên quan đến phơi nhiễm với chất độc hóa học./.

GIÁM ĐỐC

(Ký, ghi rõ họ và tên và đóng dấu)

(1). Ghi rõ một trong hai giấy tờ quy định tại Khoản 1 Điều 15 Thông tư này.

(2). Ghi rõ bệnh, tật, dị dạng, dị tật theo đúng quy định của giấy tờ làm căn cứ cấp Giấy chứng nhận. Nếu sinh con dị dạng dị tật thì ghi rõ Sinh con dị dạng dị tật và tên của dị dạng dị tật theo đúng quy định.

Mẫu HH4

(Ban hành kèm Thông tư 05/2013/TT-BLĐTBXH ngày 15 tháng 5 năm 2013)

.....
TÊN CƠ QUAN, ĐƠN VỊ...

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số:/QĐ-...

..., ngày ... tháng ... năm
Số hồ sơ:/.....

QUYẾT ĐỊNH

**Về việc cấp giấy chứng nhận người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc
hóa học và trợ cấp, phụ cấp hàng tháng**

THỦ TRƯỞNG CƠ QUAN, ĐƠN VỊ

Căn cứ Nghị định số 31/2013/NĐ-CP ngày 09 tháng 4 năm 2013 của Chính phủ quy định chi tiết, hướng dẫn thi hành pháp lệnh ưu đãi người có công với cách mạng;

Căn cứ Nghị định số/NĐ-CP ngày ... tháng ... năm ... của Chính phủ quy định về mức trợ cấp, phụ cấp ưu đãi đối với người có công với cách mạng;

Căn cứ Giấy chứng nhận bệnh tật do nhiễm chất độc hóa học số ngày ... tháng ... năm ... của

Căn cứ Biên bản giám định y khoa số ngày ... tháng ... năm ... của Hội đồng giám định y khoa

Xét đề nghị của,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1.

1. Cấp giấy chứng nhận người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học đối với ông (bà)

Sinh ngày tháng năm Nam/Nữ:

Nguyên quán:

Trú quán:

2. Ông (bà): được hưởng trợ cấp, phụ cấp kể từ ngày ... tháng ... năm ...

Trợ cấp hàng tháng: đồng

Phụ cấp hoặc phụ cấp đặc biệt hàng tháng/phụ cấp khu vực/trợ cấp người phục vụ (nếu có): đồng.

Cộng: = đồng.
(Bằng chữ:).

Trợ cấp, phụ cấp được truy lĩnh (nếu có)(1)

(Bằng chữ:)

Điều 3. Các ông (bà) Trưởng phòng(2)..... và ông (bà): chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như điều 3;

-;

- Lưu .

QUYỀN HẠN, CHỨC VỤ

CỦA NGƯỜI KÝ

(Chữ ký, dấu)

Họ và tên

Ghi chú: (1) Ghi rõ các loại trợ cấp, phụ cấp hàng tháng được truy lĩnh, thời gian, mức trợ cấp theo quy định tại từng thời điểm, tổng số tiền.

(2) Ghi rõ chức vụ phù hợp