**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 nay1: ....................................

**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)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Ghi chú:*** 1 Ghi rõ bệnh, dị dạng, dị tật. Trường hợp vô sinh thì ghi rõ “có vợ hoặc có chồng nhưng không có con đẻ”.