**Mẫu Tờ khai**

*(Ban hành kèm theo Nghị quyết số 32/2020/NQ-HĐND ngày 13/12/2020 của HĐND tỉnh Nghệ An)*

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

**TỜ KHAI**

**Đề nghị hưởng chính sách hỗ trợ đối với người có công với cách mạng, thân nhân người có công với cách mạng thuộc hộ nghèo**

1. Họ và tên chủ hộ (Viết chữ in hoa): ..........................................................

Ngày/tháng/năm sinh: ……/……/…… Giới tính: ………… Dân tộc: ........

Giấy CMND hoặc Căn cước công dân số............ Cấp ngày ……/……/……

Nơi cấp: ..........................................................................................................

2. Hộ khẩu thường trú của hộ: ........................................................................

……………………………………………………………………………….

Nơi ở hiện nay (ghi rõ địa chỉ: số nhà, khối, xóm, xã, huyện, tỉnh)................

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

3. Số thành viên trong hộ: ………người, trong đó

- Người từ đủ 60 tuổi trở lên: ………người

- Người khuyết tật đặc biệt nặng và người khuyết tật nặng: ………người

- Người đang bị bệnh hiểm nghèo: ………người

4. Chủ hộ đang hưởng chế độ nào sau đây:

- Lương hưu/Trợ cấp BHXH hàng tháng: ................. đồng. Hưởng từ tháng ………/………

- Trợ cấp bảo trợ xã hội hàng tháng: ...................... đồng. Hưởng từ tháng ………/………

- Trợ cấp ưu đãi người có công hàng tháng: ............ đồng. Hưởng từ tháng ………/………

- Trợ cấp, phụ cấp hàng tháng khác: ........................ đồng. Hưởng từ tháng ………/………

5. Giấy chứng nhận hộ nghèo số: …………………… Cấp ngày .................

6. Thông tin người có công với cách mạng và thân nhân người có công với cách mạng

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **T TT** |  **Họ và tên** | **NNgày, tháng năm, sinh** | **Đối tượng***(Thương binh/Bệnh binh/người hoạt động kháng chiến bị nhiễm chất độc hóa học, người hoạt động kháng chiến...)* | **Chế độ trợ cấp hàng tháng người có công**(đồng/ tháng) | **Đã hưởng trợ cấp 1 lần chính sách người có công***(đánh dấu “X”)* | **Thuộc trường hợp***(Người từ đủ 60 tuổi trở lên/người khuyết tật đặc biệt nặng, người khuyết tật nặng/bị bệnh hiểm nghèo)* | **Chế độ trợ cấp xã hội hàng tháng đang hưởng**(đồng/tháng) | **Quan hệ với người có công** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Tôi xin cam đoan những nội dung trong tờ khai là đúng sự thực, nếu có điều gì khai không đúng, tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm

|  |  |
| --- | --- |
| **Thông tin người khai thay***Giấy CMND hoặc Căn cước công dân số:*………………………..*Ngày cấp: ……. Nơi cấp:………**Mối quan hệ với chủ hộ: ………**Địa chỉ: …………………………* | *Ngày .... tháng .... năm 20...***NGƯỜI KHAI***(Ký, ghi rõ họ tên. Trường hợp khai thay phải ghi đầy đủ thông tin người khai thay)* |