**Mẫu số 12**

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

**BẢN KHAI**

**Để giải quyết chế độ ưu đãi khi người có công từ trần**

**1. Họ và tên người có công từ trần:**

Ngày tháng năm sinh: .................................... Nam/Nữ: ...................................................

Quê quán: ............................................................................................................................

Nơi thường trú: ....................................................................................................................

Thuộc đối tượng người có công1: ........................................................................................

Quyết định hưởng trợ cấp số: .................................... ngày... tháng ... năm... của ..............

Tỷ lệ tổn thương cơ thể (nếu có): ........................................................................................

Từ trần ngày ... tháng ... năm ...Giấy báo tử số... ngày ... tháng ... năm ... của ................................................................................................................................................

Mức trợ cấp, phụ cấp hằng tháng/trợ cấp một lần: ...............................................................

Trợ cấp, phụ cấp hằng tháng đã nhận đến hết tháng ........ năm ...........................................

**2. Người hoặc tổ chức nhận mai táng phí:**

a) Cá nhân

Họ và tên: ...........................................................................................................................

Ngày tháng năm sinh: .................................... Nam/Nữ: ...................................................

CCCD/CMND số .......................... Ngày cấp .................................... Nơi cấp ...................

Quê quán: ............................................................................................................................

Nơi thường trú: ....................................................................................................................

Số điện thoại: ........................................................................................................................

Quan hệ với người có công với cách mạng từ trần:

b) Tổ chức

Tên tổ chức: .......................................................................................................................

Địa chỉ: ................................................................................................................................

Người đại diện theo pháp luật: .................................... Chức vụ:....................................

Số điện thoại: ....................................................................................................................

**3. Họ và tên người nhận trợ cấp một lần:**

Ngày tháng năm sinh: .................................... Nam/Nữ: ...................................................

CCCD/CMND số .......................... Ngày cấp .................................... Nơi cấp ...................

Quê quán: ............................................................................................................................

Nơi thường trú: ....................................................................................................................

Số điện thoại: ........................................................................................................................

Quan hệ với người có công với cách mạng từ trần: ............................................................

**4. Thân nhân người có công**

a) Danh sách thân nhân 2

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Năm sinh** | **Nơi thường trú** | **Quan hệ với người có công** | **Nghề nghiệp** | **Hoàn cảnh hiện tại3** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |

b) Phần khai chi tiết về con người có công từ đủ 18 tuổi trở lên đang tiếp tục đi học tại cơ sở đào tạo hoặc bị khuyết tật nặng, khuyết tật đặc biệt nặng.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Năm sinh** | **Thời điểm bị khuyết tật4** | **Thời điểm kết thúc bậc học phổ thông** | **Cơ sở giáo dục đang theo học** |
| **Tên cơ sở** | **Thời gian bắt đầu đi học** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| .... |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *...., ngày... tháng... năm...*Xác nhận của UBND cấp xãNội dung khai và 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 đối tượng: thương binh, bệnh binh, thân nhân liệt sĩ, người hoạt động kháng chiến giải phóng dân tộc...

2 Lập danh sách thân nhân đủ điều kiện hưởng trợ cấp tuất.

3 Ghi rõ sống cô đơn, không nơi nương tựa hoặc con mồ côi cả cha mẹ.

4 Ghi rõ thời điểm bị khuyết tật: chưa đủ 18 tuổi hoặc từ đủ 18 tuổi trở lên (trường hợp không có con bị khuyết tật thì bỏ cột này).