

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc Lập - Tự Do - Hạnh Phúc

ĐƠN XIN XÁC NHẬN

**Là người khuyết tật thuộc hộ nghèo, cận nghèo, thuộc diện được hưởng trợ cấp
theo nghị định số: 20/2021/NĐ-CP**

Kính gửi: Ủy Ban Nhân Dân

Tôi tên:..... Sinh năm:.....

Hiện cư ngụ tại:

Số thẻ BHYT:

Tôi bị khuyết tật vận động từ nhỏ gia đình thuộc hộ nghèo, cận nghèo, thuộc diện hưởng trợ cấp hàng tháng theo nghị định số: 20/2021/NĐ-CP, nhưng vì gia đình có hoàn cảnh khó khăn, không có khả năng kinh phí để điều trị. Nay được biết, Trung Tâm chỉnh hình và phục hồi chức năng TP Hồ Chí Minh (70 - Bà Huyện Thanh Quan – Phường Võ Thị Sáu – Quận 3 – TP HCM) có chương trình điều trị chỉnh hình – phục hồi chức năng miễn phí cho các bệnh nhân khuyết tật vận động có hoàn cảnh như gia đình tôi, nên tôi làm đơn này kính trình lên quý cấp xem xét, xác nhận tình trạng bệnh và hoàn cảnh gia đình của tôi, để tôi có đủ điều kiện được điều trị, phục hồi chức năng vận động và hòa nhập cộng đồng xã hội

Trong khi chờ sự xác nhận của Quý cấp, tôi xin gửi nơi đây lòng thành thật biết ơn./.

Xác nhận của UBND

....., ngày.....tháng.....năm.....

Xác nhận Anh/chị

Người làm đơn

Là người khuyết tật vận động gia đình thuộc hộ nghèo, cận nghèo, thuộc diện hưởng trợ cấp theo nghị định số: 20/2021/NĐ-CP đang cư trú tại địa phương là đúng.

(Ký ghi rõ họ tên, đóng dấu)

UBND
Số:/GGT-.....

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc Lập - Tự Do - Hạnh Phúc

TP.HCM, ngày tháng năm

GIẤY GIỚI THIỆU

Kính gửi: Ban Giám Đốc Trung tâm Chính hình và Phục hồi Chức năng TP.Hồ Chí Minh.

Ủy ban nhân dân
trân trọng giới thiệu Ông/Bà..... Sinh năm:.....

Hiện cư ngụ tại:.....

Là đối tượng có hoàn cảnh khó khăn thuộc hộ nghèo, cận nghèo, thuộc diện hưởng trợ cấp theo nghị định số: 20/2021/NĐ-CP đến Trung tâm điều trị chính hình và phục hồi chức năng miễn phí.

Kính mong Ban quý cơ quan tạo điều kiện giúp đỡ để ông/bà:
..... được điều trị, hòa nhập cộng đồng tốt hơn.

Trân trọng kính chào./.

TM. UBND.....

CHỦ TỊCH

(Ký ghi họ tên, đóng dấu)