

Mẫu số 01

(Ban hành kèm theo Thông tư số 01/2019/TT-BLĐTBXH ngày 02 tháng 01 năm 2019)

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

ĐƠN ĐỀ NGHỊ XÁC ĐỊNH, XÁC ĐỊNH LẠI MỨC ĐỘ KHUYẾT TẬT VÀ CẤP, CẤP ĐỔI, CẤP LẠI GIẤY XÁC NHẬN KHUYẾT TẬT

Kính gửi: Chủ tịch Ủy ban nhân dân xã (phường, thị trấn)

.....

Huyện (quận, thị xã, thành phố)

Tỉnh, thành phố.....

Sau khi tìm hiểu quy định về xác định mức độ khuyết tật, tôi đề nghị:

- ☐ Xác định mức độ khuyết tật và cấp Giấy xác nhận khuyết tật
- ☐ Xác định lại mức độ khuyết tật và cấp Giấy xác nhận khuyết tật
- ☐ Cấp lại Giấy xác nhận khuyết tật
- ☐ Cấp đổi Giấy xác nhận khuyết tật

(Trường hợp cấp đổi Giấy xác nhận khuyết tật thì không phải kê khai thông tin tại Mục III dưới đây).

Cụ thể:

I. Thông tin người được xác định mức độ khuyết tật

- Họ và tên:
- Sinh ngày.....tháng.....năm..... Giới tính:
- Số CMND hoặc căn cước công dân:
- Nơi ở hiện nay:

II. Thông tin người đại diện hợp pháp (nếu có)

- Họ và tên:

- Mối quan hệ với người được xác định khuyết tật:

- Số CMND hoặc căn cước công dân:

- Nơi ở hiện nay:

- Số điện thoại:

III. Thông tin về tình trạng khuyết tật

1. Thông tin về dạng khuyết tật (Đánh dấu x vào ô tương ứng)

STT	Các dạng khuyết tật	Có	Không
1	Khuyết tật vận động		
1.1	Mềm nhẽo hoặc co cứng toàn thân		
1.2	Thiếu tay hoặc không cử động được tay		
1.3	Thiếu chân hoặc không cử động được chân		
1.4	Yếu, liệt, teo cơ hoặc hạn chế vận động tay, chân, lưng, cổ		
1.5	Cong, vẹo, chân tay, lưng, cổ; gù cột sống lưng hoặc dị dạng, biến dạng khác trên cơ thể ở đầu, cổ, lưng, tay, chân		
1.6	Có kết luận của cơ sở y tế cấp tỉnh trở lên về suy giảm chức năng vận động		
2	Khuyết tật nghe, nói		
2.1	Không phát ra âm thanh, lời nói		
2.2	Phát ra âm thanh, lời nói nhưng không rõ tiếng, rõ câu		
2.3	Không nghe được		
2.4	Khiếm khuyết hoặc dị dạng cơ quan phát âm ảnh hưởng đến việc phát âm		
2.5	Khiếm khuyết hoặc dị dạng vành tai hoặc ống tai ngoài ảnh hưởng đến nghe		
2.6	Có kết luận của cơ sở y tế cấp tỉnh trở lên về suy giảm chức năng nghe, nói		
3	Khuyết tật nhìn		
3.1	Mù một hoặc hai mắt		
3.2	Thiếu một hoặc hai mắt		
3.3	Khó khăn khi nhìn hoặc không nhìn thấy các đồ vật		

3.4	Khó khăn khi phân biệt màu sắc hoặc không phân biệt được các màu sắc		
3.5	Rung, giật nhãn thị, đục nhân mắt hoặc sẹo loét giác mạc		
3.6	Bị dị tật, biến dạng ở vùng mắt		
3.7	Có kết luận của cơ sở y tế cấp tỉnh trở lên về suy giảm chức năng nhìn		
4	Khuyết tật thần kinh, tâm thần		
4.1	Thường ngồi một mình, chơi một mình, không bao giờ nói chuyện hoặc quan tâm tới bất kỳ ai		
4.2	Có những hành vi bất thường như kích động, cáu giận hoặc sợ hãi vô cớ gây ảnh hưởng đến sức khỏe, sự an toàn của bản thân và người khác		
4.3	Bất ngờ dừng mọi hoạt động, mắt mở trừng trừng không chớp, co giật chân tay, môi, mặt hoặc bất thành linh ngã xuống, co giật, sùi bọt mép, gọi hỏi không biết		
4.4	Bị mất trí nhớ, bỏ nhà đi lang thang		
4.5	Có kết luận của cơ sở y tế cấp tỉnh trở lên về suy giảm thần kinh, tâm thần		
5	Khuyết tật trí tuệ		
5.1	Khó khăn trong việc nhận biết người thân trong gia đình hoặc khó khăn trong giao tiếp với những người xung quanh so với người cùng lứa tuổi		
5.2	Chậm chạp, ngờ nghệch hoặc không thể làm được một việc đơn giản (so với tuổi) dù đã được hướng dẫn		
5.3	Khó khăn trong việc đọc, viết, tính toán và kỹ năng học tập khác so với người cùng tuổi do chậm phát triển trí tuệ		
5.4	Có kết luận cơ sở y tế cấp tỉnh trở lên về chậm phát triển trí tuệ		
6	Khuyết tật khác		
6.1	Có kết luận của cơ sở y tế cấp tỉnh trở lên về bệnh tê bì, mất cảm giác ở tay, chân hoặc sự bất thường của cơ thể làm giảm khả năng thực hiện các hoạt động; lao động; đọc, viết, tính toán và kỹ năng học tập khác; sinh hoạt hoặc giao tiếp		
6.2	Có kết luận của cơ sở y tế cấp tỉnh trở lên về bệnh hô hấp hoặc do bệnh tim mạch hoặc do rối loạn đại, tiểu tiện mặc dù đã được điều trị liên tục trên 3 tháng, làm giảm khả năng thực hiện các hoạt động; lao động; đọc, viết, tính toán và kỹ năng học tập khác; sinh hoạt hoặc giao tiếp		

6.3	Có kết luận của cơ sở y tế cấp tỉnh trở lên về rối loạn phổ tự kỷ hoặc các loại bệnh hiếm		
-----	---	--	--

2. Thông tin về mức độ khuyết tật (Trường hợp trẻ em dưới 6 tuổi không phải kê khai)

Mức độ thực hiện	Thực hiện được	Thực hiện được nhưng cần trợ giúp	Không thực hiện được	Không xác định được
Các hoạt động				
1. Đi lại				
2. Ăn, uống				
3. Tiểu tiện, đại tiện				
4. Vệ sinh cá nhân như đánh răng, rửa mặt, tắm rửa...				
5. Mặc, cởi quần áo, giày dép				
6. Nghe và hiểu người khác nói gì				
7. Diễn đạt được ý muốn và suy nghĩ của bản thân qua lời nói				
8. Làm các việc gia đình như gấp quần áo, quét nhà, rửa bát, nấu cơm phù hợp với độ tuổi; lao động, sản xuất tạo thu nhập				
9. Giao tiếp xã hội, hòa nhập cộng đồng phù hợp với độ tuổi				
10. Đọc, viết, tính toán và kỹ năng học tập khác				

....., ngày.....tháng.....năm...

Người viết đơn
(Ký và ghi rõ họ tên)