

**TÊN CƠ SỞ KHÁM
BỆNH, CHỮA BỆNH**

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

Số: /

....., ngày ... tháng ... năm

**GIẤY ĐỀ NGHỊ
TẠM ỨNG CHI PHÍ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

Kính gửi: Quỹ Bảo trợ trẻ em(1).....

1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ...(2)... thực hiện cứu chữa cho:

Họ và tên:(3).....

Ngày/tháng/năm sinh:; Giới tính:

Số định danh cá nhân hoặc số thẻ căn cước công dân hoặc số căn cước:

.....

Địa chỉ nơi ở:

Là người chưa thành niên bị xâm phạm tính mạng, sức khỏe trong tình trạng cấp cứu cần phải cứu chữa kịp thời tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để ngăn ngừa các hậu quả nghiêm trọng về tính mạng, sức khỏe.

2. Đề nghị Quỹ Bảo trợ trẻ em ... (4)... tạm ứng chi phí khám bệnh, chữa bệnh cho ...(5)..., cụ thể:

Số tiền (viết bằng số): Bằng chữ:

Số tài khoản: Tại Ngân hàng

Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cam kết mọi thông tin trên là chính xác và sẽ sử dụng khoản kinh phí này đúng mục đích, hiệu quả.

Hồ sơ kèm theo:

1. Giấy đề nghị hỗ trợ của người đại diện của người chưa thành niên là bị hại.

2. Văn bản xác nhận của cơ quan công an đang thụ lý vụ việc.

3. Văn bản xác nhận của Ủy ban nhân dân cấp xã (đối với trường hợp người bồi thường thuộc hộ nghèo, hộ cận nghèo hoặc đã chết).

**ĐẠI DIỆN CƠ SỞ KHÁM BỆNH,
CHỮA BỆNH**

(Ký, ghi rõ họ tên, chức danh, đóng dấu)

Ghi chú:

(1) , (4) Tên Quỹ Bảo trợ trẻ em.

(2) Tên cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

(3) , (5) Họ và tên người chưa thành niên là bị hại.

Các thông tin có dấu (*) có thể sử dụng dữ liệu điện tử từ cơ sở dữ liệu dân cư để thay thế khi thực hiện thủ tục hành chính trên Cổng Dịch vụ công Quốc gia.