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

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội1……………………………….

Họ và tên (viết chữ in hoa): …………………………………..Giới tính: ……………………..

Ngày, tháng, năm sinh: ……………………………………….Quốc tịch: …………………….

Mã số BHXH2: …………………… Số định danh/CMND/CCCD/Số Hộ chiếu: …………….

Số điện thoại di động: ……………………..……. Email: ……………………………………...

Nơi ở hiện nay3: ………………………………………………………………………………….

Nội dung yêu cầu giải quyết:

□ **BHXH một lần**

- Tổng thời gian đóng BHXH: …………..năm ………….tháng

**Trường hợp hưởng BHXH một lần4**

|  |
| --- |
| □ ***Đủ tuổi hưởng lương hưu mà chưa đủ thời gian đóng BHXH để hưởng lương hưu*** |
|   | Hồ sơ gửi kèm5:□ Sổ BHXH□ Bản khai cá nhân về thời gian, địa bàn phục vụ trong quân đội có hưởng phụ cấp khu vực (Mẫu số 04B-HBQP ban hành kèm theo Thông tư số 136/2020/TT-BQP) |
| □ ***Ra nước ngoài để định cư*** |
|   | Hồ sơ gửi kèm6:□ Sổ BHXH□ Bản sao Giấy xác nhận của cơ quan có thẩm quyền về việc thôi quốc tịch Việt Nam□ Bản dịch tiếng Việt được chứng thực hoặc công chứng một trong các giấy tờ sau đây: |
|   |   | □ Hộ chiếu do nước ngoài cấp.□ Thị thực của cơ quan nước ngoài có thẩm quyền cấp có xác nhận việc cho phép nhập cảnh với lý do định cư ở nước ngoài.□ Giấy tờ xác nhận về việc đang làm thủ tục nhập quốc tịch nước ngoài; giấy tờ xác nhận hoặc thẻ thường trú, cư trú có thời hạn từ 05 năm trở lên của cơ quan nước ngoài có thẩm quyền cấp.□ Bản khai cá nhân về thời gian, địa bàn phục vụ trong quân đội có hưởng phụ cấp khu vực (Mẫu số 04B-HBQP ban hành kèm theo Thông tư số 136/2020/TT-BQP) |
| ***□ Đang bị mắc một trong những bệnh nguy hiểm đến tính mạng như ung thư, bại liệt, xơ gan cổ chướng, phong, lao nặng, nhiễm HIV đã chuyển sang giai đoạn AIDS và những bệnh khác theo quy định của Bộ Y tế*** |
|   | Hồ sơ gửi kèm7:□ Sổ BHXH□ Trích sao/tóm tắt hồ sơ bệnh án thể hiện tình trạng không tự kiểm soát hoặc không tự thực hiện được các hoạt động đi lại, mặc quần áo, vệ sinh cá nhân và những việc khác phục vụ nhu cầu sinh hoạt cá nhân hàng ngày mà cần có người theo dõi, trợ giúp, chăm sóc hoàn toàn theo quy định tại khoản 1 Điều 4 Thông tư số 56/2017/TT-BYT.□ Biên bản giám định mức suy giảm khả năng lao động của Hội đồng Giám định y khoa thể hiện tình trạng suy giảm khả năng lao động từ 81% trở lên và không tự kiểm soát hoặc không tự thực hiện được các hoạt động đi lại, mặc quần áo, vệ sinh cá nhân và những việc khác phục vụ nhu cầu sinh hoạt cá nhân hằng ngày mà cần có người theo dõi, trợ giúp, chăm sóc hoàn toàn theo quy định khoản 2 Điều 4 Thông tư số 56/2017/TT-BYT.□ Hóa đơn, chứng từ thu phí giám định kèm theo bảng kê các nội dung giám định của cơ sở thực hiện giám định y khoa.□ Bản khai cá nhân về thời gian, địa bàn phục vụ trong quân đội có hưởng phụ cấp khu vực (Mẫu số 04B-HBQP ban hành kèm theo Thông tư số 136/2020/TT-BQP) |
| ***□ Người lao động phục viên, xuất ngũ, thôi việc mà không đủ điều kiện hưởng lương hưu và bảo lưu thời gian đóng BHXH*** |
|   | Hồ sơ gửi kèm8:□ Sổ BHXH□ Bản khai cá nhân về thời gian, địa bàn phục vụ trong quân đội có hưởng phụ cấp khu vực (Mẫu số 04B-HBQP ban hành kèm theo Thông tư số 136/2020/TT-BQP) |
| ***□ Người lao động tham gia BHXH bắt buộc sau một năm nghỉ việc, người tham gia BHXH tự nguyện sau một năm không tiếp tục đóng BHXH mà chưa đủ 20 năm đóng BHXH9*** |
|   | Hồ sơ gửi kèm10:□ Sổ BHXH□ Bản khai cá nhân về thời gian, địa bàn phục vụ trong quân đội có hưởng phụ cấp khu vực (Mẫu số 04B-HBQP ban hành kèm theo Thông tư số 136/2020/TT-BQP) |
| **Hình thức nhận kết quả giải quyết hưởng BHXH một lần11**□ Cả bản giấy và bản điện tử:Lựa chọn cách thức nhận bản giấy: |
|   | □ Trực tiếp tại Bộ phận Một cửa của cơ quan BHXH (hiển thị địa chỉ/số điện thoại của cơ quan BHXH theo đề nghị của người kê khai)□ Qua dịch vụ bưu chính12Địa chỉ nhận bản giấy13: ………………………………………………………………………. |
| □ Chỉ bản điện tử14: |
| **Hình thức nhận tiền BHXH một lần15**□ Tiền mặt tại cơ quan BHXH (hiển thị địa chỉ/số điện thoại của cơ quan BHXH để người dân đến nhận kết quả)□ Tài khoản ngân hàng: Chủ tài khoản16: ………………………………… Số tài khoản ……………………….. Ngân hàng ………………………………….. |

Tôi cam kết các nội dung kê khai là chính xác và chịu trách nhiệm trước pháp luật về những nội dung đã kê khai và cam kết nộp lại sổ BHXH bản giấy về cơ quan BHXH khi nhận kết quả giải quyết./.

|  |  |
| --- | --- |
|   | *…………., ngày …… tháng …… năm ……***Người làm đơn***(Ký số17, ghi rõ họ tên)*  |