

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

ĐƠN XIN XÁC NHẬN

Kính gửi: UBND xã Kon Braih.

Tôi tên:.....PHẠM THỊ LÊ CHỊ.....; năm sinh:.....1987.....

Dân tộc:.....Kinh.....; Tôn giáo:.....không.....

Quê quán: ..xã Bình Chương, Tỉnh Quảng Ngãi.....

HKTT: ..Thôn 13, xã Kon Braih, Tỉnh Quảng Ngãi.....

Nơi ở hiện tại: ..Thôn 13, xã Kon Braih, Tỉnh Quảng Ngãi.....

CCCD số:..051187001582....., cấp ngày: 7/11/2024 do Bộ Công An.

Có con tên là:..NGUYỄN MINH KHÔI..... bị mắc bệnh tim bẩm sinh, gia đình tôi có hoàn cảnh khó khăn, không đủ điều kiện để phẫu thuật tim cho cháu. Tôi làm đơn này kính đề nghị UBND xã Kon Braih xác nhận tôi có hộ khẩu thường trú tại Thôn13....., xã Kon Braih, tỉnh Quảng Ngãi là thôn thuộc xã có điều kiện kinh tế xã hội đặc biệt khó khăn theo Quyết định số 60/QĐ - BDTTG ngày 29/01/2026 của Bộ Dân tộc và Tôn giáo công bố danh sách thôn, xã vùng đồng bào dân tộc thiểu số và miền núi, thôn đặc biệt khó khăn, xã khu vực I, II, III giai đoạn 2026 – 2030 để con tôi được xét miễn giảm tiền viện phí mổ bệnh tim bẩm sinh tại bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng.

Tôi xin chân thành cảm ơn./.

XÁC NHẬN CỦA UBND XÃ KON BRAIH

Anh (chị) :.....Phạm Thị Lê Chị.....

Có HKTT tại Thôn13....., xã Kon Braih, tỉnh Quảng Ngãi thuộc xã có điều kiện kinh tế xã hội đặc biệt khó khăn theo Quyết định số 60/QĐ - BDTTG ngày 29/01/2026 của Bộ Dân tộc và Tôn giáo.

Kon Braih, ngày 11 tháng 5 năm 2026



PHÓ CHỦ TỊCH

Nguyễn Thanh Sơn

Nguyễn Thanh Sơn

Kon Braih, ngày 11 tháng 5 năm 2026

Người làm đơn

Phạm Thị Lê Chị

Phạm Thị Lê Chị