

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:.....*A. Kâm*.....; năm sinh:.....*1996*.....
Dân tộc:.....; Tôn giáo:.....
Quê quán:.....*Thôn 5, xã Kon Braih, tỉnh Quảng Ngãi*.....
HKTT:.....*Thôn 5, xã Kon Braih, tỉnh Quảng Ngãi*.....
Nơi ở hiện tại:.....*Thôn 5, xã Kon Braih, tỉnh Quảng Ngãi*.....
CCCD số:.....*062.096001666*....., cấp ngày:.....*11/5/2021*.....do.....*Bộ CA cấp*.....

Có con tên là:.....*Y. Kin*.....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 Thôn...*5*..... 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) :.....*A. Kâm*.....

Có HKTT tại Thôn *5*..... 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

Kon Braih, ngày *5* tháng *5* năm 2026

Người làm đơn

A. Kâm