

ĐƠN XIN XÁC NHẬN HOÀN CẢNH KHÓ KHĂN

Kính gửi:

Tôi tên là..... Sinh ngày / /

Nơi sinh (tỉnh hoặc thành phố)..... Dân tộc..... Giới tính (Nam ghi 1, Nữ ghi 0)

Nghề nghiệp..... Nơi công tác.....

Số CMND hoặc số Thẻ Căn cước công dân

Ngày cấp / / Nơi cấp.....

Hộ khẩu thường trú tại.....

Tôi xin trình bày hoàn cảnh khó khăn của mình cụ thể như sau:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nay tôi làm đơn này, kính xin các cấp có thẩm quyền xác nhận tôi có hộ khẩu thường trú tại địa phương và hoàn cảnh gia đình thuộc diện khó khăn.

Lý do: Xin xác nhận để bổ sung hồ sơ miễn giảm chi phí điều trị bệnh lý rối loạn sắc tố bẩm sinh tại Phòng khám Chuyên khoa Da liễu Medicare.

Tôi xin cam đoan và chịu trách nhiệm trước pháp luật về nội dung đã khai trong đơn.

Tôi xin chân thành cảm ơn.

XÁC NHẬN CỦA CHÍNH QUYỀN ĐỊA PHƯƠNG

....., ngày..... tháng..... năm.....

Người khai
(Ký và ghi rõ họ tên)