

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  
SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM  
Independence – Freedom - Happiness

**ĐỀ NGHỊ NHẬN TRỢ CẤP DO NGƯỜI LAO ĐỘNG BỊ CHẾT DO TAI  
NẠN LAO ĐỘNG, BỆNH NGHỀ NGHIỆP**  
**REQUEST FORM FOR ALLOWANCES FOR EMPLOYEE WHO DIED  
DUE TO WORK ACCIDENT, OCCUPATIONAL DISEASES**

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội.....

To: The Social Security Office of .....

**1. Thông tin về người bị chết do tai nạn lao động/bệnh nghề nghiệp:**

**1. Information about people died due to a work accident/occupational disease**

- Họ và tên .....
- Full name .....
- Mã số BHXH: .....
- Social security number: .....
- Số Hộ chiếu: ..... do ..... cấp ngày ..... tháng ..... năm.....;
- Passport number: ..... issued by ..... on date.....month....year.....;
- Nghề nghiệp .....
- Occupation: .....
- Địa chỉ nơi cư trú: .....
- Resident address: .....
- Tên đơn vị sử dụng lao động nơi người lao động giao kết Hợp đồng lao động tại thời điểm bị chết do tai nạn lao động: .....
- Name of the employer where the employee entered into the labor contract at the time of death due to an occupational accident: .....

**2. Thông tin về vụ tai nạn lao động:**

**2. Information about the occupational accident:**

- Bị chết do tai nạn lao động ngày ... tháng ... năm ..... theo kết luận tại Biên bản điều tra tai nạn lao động số: ..... ngày ..... tháng ..... năm ..... của .....
- Died due to an occupational accident on date ... month ..... year..... according to the conclusion in the Minutes of occupational accident investigation No: ..... date

..... month ..... year ..... of .....

*Trường hợp bị bệnh nghề nghiệp thì thay điểm 2 nêu trên bằng nội dung sau:*

*Incase the death is due to an occupational disease, replace point 2 above with the following content:*

**2. Thông tin về bệnh nghề nghiệp:**

**2. Information on occupational disease:**

- Bị chết do bệnh nghề nghiệp ngày ..... tháng ..... năm ..... theo bệnh án điều trị bệnh nghề nghiệp của .....

- Died due to an occupational disease on date ..... month..... year..... according to the medical record of treatment of occupational diseases of.....

**3. Thông tin về thân nhân nhận trợ cấp:**

**3. Information about the relative to receive the allowance:**

Họ và tên: ..... sinh ngày ...../...../..... giới tính.....

Full name: ..... date of birth ...../...../..... sex.....

Mã số BHXH (nếu có):.....

Social security number (if any): .....

Số CMND/căn cước công dân/Số Hộ chiếu: ..... do ..... cấp ngày ..... tháng ..... năm.....;

ID number/Passport number: ..... issued by ..... on date.... month ..... year.....;

Số điện thoại di động: .....

Phone number: .....

Địa chỉ liên hệ:.....

Contact Address: .....

**Hình thức nhận trợ cấp (1)**

**Method of receiving allowance**

Tiền mặt/cash       Tại cơ quan BHXH/at the social security office  
 Qua tổ chức dịch vụ BHXH/via social security service providers

ATM: Chủ tài khoản ..... Số tài khoản .....  
Ngân hàng ..... Chi nhánh ...../ATM:  
account holder..... account number..... opened at  
bank..... branch.....

Cam kết của thân nhân nhận trợ cấp: Tôi cam kết Tôi là người được các thân nhân thống nhất ủy quyền nhận trợ cấp, Tôi xin cam đoan những nội dung kê khai trên đây là đầy đủ, đúng sự thật, nếu sai hoặc có khiếu kiện về sau tôi xin chịu trách

nhiệm trước pháp luật. Đề nghị cơ quan BHXH xem xét, giải quyết trợ cấp đối với tôi theo quy định./.

Commitment of the relative who receives the allowance: I undertake that I am the person who is unanimously authorized by the relatives to receive the benefits, I hereby certify that the above declaration is complete and true, if it is false or there is a lawsuit later, I will take responsibility before the law. I request the Viet Nam Social Security to take it into consideration and settle the benefits for me in accordance with current regulations./.

**Chứng thực về chữ ký hoặc điểm  
chỉ của người làm đơn (2)**

**Authentication of the signature or  
the fingerprint of the claimer (2)**

....., ngày ..... tháng ..... năm .....  
....., date.....month.....year.....

**Người làm đơn/claimer**

*(Ký, ghi rõ họ tên)*

*(Sign, write full name)*

*(1) Đánh dấu vào các ô tương ứng để chọn hình thức nhận tiền lương hưu, trợ cấp.*

*Nếu nhận trợ cấp một lần bằng tiền mặt thì đánh dấu tiếp để chọn nơi nhận là tại cơ quan BHXH hay thông qua tổ chức dịch vụ BHXH; nếu nhận thông qua tài khoản ATM thì ghi bổ sung số tài khoản, ngân hàng, chi nhánh ngân hàng mở tài khoản.*

*(2) Chứng thực chữ ký hoặc điểm chỉ của người làm đơn: Là chứng thực của chính quyền địa phương hoặc của Phòng Công chứng hoặc của Đại sứ quán nước ngoài hoặc cơ quan đại diện ngoại giao của nước ngoài tại Việt Nam.*

*Nếu Tờ khai từ 02 tờ rời trở lên thì giữa các tờ phải đóng dấu giáp lai của nơi chứng thực chữ ký hoặc điểm chỉ.*

*(1) Tick the corresponding boxes to choose the method to receive the pensions and benefits.*

*If a lump sum payment in cash is received, then continue to tick to choose whether receiving at the social security agency or through a social security service provider; if receiving through an ATM account, add the account number, bank, bank branch where the account was opened.*

*(2) Authentication of the signature or fingerprint of the applicant: The certification of the local government or the Notary Office or of a foreign embassy or a foreign diplomatic mission in Vietnam.*

*If the declaration has 02 or more separate sheets, there must be a border stamp of the entity where the signature or fingerprint is authenticated.*

*Trường hợp có sự khác nhau về cách hiểu giữa tiếng Việt và tiếng Anh trong văn bản, tiếng Việt là ngôn ngữ chính và là căn cứ pháp lý để giải quyết tranh chấp./ If there are differences understanding between Vietnamese and English in this paper, Vietnamese will be considered the primary language and legal basis to resolve the dispute*