**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Mẫu số 14-HSB**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**VĂN BẢN ĐỀ NGHỊ**

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội………………………………

**I. Thông tin của người hưởng trợ cấp/người đề nghị**

1. Họ và tên (1): .........................................................................................

Giới tính: .............................. Ngày tháng năm sinh: ......./......../.................

Quốc tịch: ...................................................................................................

Số Định danh cá nhân/căn cước công dân/Số Hộ chiếu: ............................

Số điện thoại di động (2): ...........................................................................

Địa chỉ liên hệ (3): ......................................................................................

Mối quan hệ với người hưởng: (4) ..............................................................

Mã số BHXH (5) :........................................................................................

**II. Nội dung yêu cầu giải quyết**

Tích chọn nội dung yêu cầu giải quyết và kê khai nội dung tương ứng

[ ]  **Chế độ thai sản đối với người lao động (đã thôi việc, phục viên, xuất ngũ trước thời điểm sinh con, nhận con khi nhờ mang thai hộ, nhận nuôi con nuôi (áp dụng cho cả trường hợp sinh con, nhận con, nhận nuôi con nuôi trong thời gian đang đóng BHXH kể từ ngày 01/01/2018 trở đi nhưng đã thôi việc tại đơn vị mà có nguyện vọng nộp hồ sơ hưởng chế độ tại cơ quan BHXH, người lao động không còn người sử dụng lao động).**

**Loại hồ sơ(\*):...................................... Mã hồ sơ: ....................................(\*)**

[ ]  **Chế độ thai sản đối với người cha, người trực tiếp nuôi dưỡng không tham gia BHXH theo quy định tại khoản 4 Điều 34 Luật BHXH.**

**Loại hồ sơ(\*):...................................... Mã hồ sơ: ....................................(\*)**

**Chế độ thai sản đối với người lao động tham gia BHXH tự nguyện**

**Loại hồ sơ(\*):...................................... Mã hồ sơ: ....................................(\*)**

[ ]  **Chế độ tai nạn lao động tái phát**

**Loại hồ sơ(\*):...................................... Mã hồ sơ: ....................................(\*)**

**[ ]  Chế độ bệnh nghề nghiệp tái phát**

**Loại hồ sơ(\*):...................................... Mã hồ sơ: ....................................(\*)**

[ ]  **BHXH một lần**

**Loại hồ sơ(\*):...................................... Mã hồ sơ: ....................................(\*)**

*Tôi đã được giải thích, hướng dẫn về điều kiện hưởng BHXH một lần. Tôi cam kết trong thời gian 12 tháng kể từ ngày nghỉ việc (hoặc ngày dừng đóng BHXH tự nguyện) và tại thời điểm nộp hồ sơ đề nghị hưởng BHXH một lần, nếu có việc làm tiếp tục đóng BHXH thì sẽ hoàn trả số tiền đã hưởng BHXH một lần không đúng quy định. Tôi xin chịu trách nhiệm trước pháp luật về nội dung đã cam kết.*

[ ]  **Lương hưu**

**Loại hồ sơ(\*):...................................... Mã hồ sơ: ....................................(\*)**

Thời điểm hưởng từ tháng ... năm .......

Giải trình lý do nộp hồ sơ chậm hoặc bị mất giấy chứng nhận chờ hưởng chế độ: *(Trường hợp nộp hồ sơ chậm hơn so với thời điểm hưởng lương hưu hoặc bị mất giấy chứng nhận chờ hưởng chế độ thì bổ sung giải trình trong thời gian nộp hồ sơ chậm có xuất cảnh trái phép hoặc bị Tòa án tuyên bố mất tích hoặc chấp hành hình phạt tù giam không (nếu có thì ghi cụ thể thời gian xuất cảnh trái phép, bị tuyên bố mất tích hoặc thời gian chấp hành hình phạt tù giam) hoặc nêu rõ mất giấy chứng nhận chờ hưởng chế độ và cam kết chịu trách nhiệm về nội dung giải trình)*

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

[ ]  **Trợ cấp hàng tháng đối với người lao động không đủ điều kiện hưởng lương hưu và chưa đủ tuổi hưởng trợ cấp hưu trí xã hội**

Thuộc hộ nghèo, hộ cận nghèo

[ ]  **Trợ cấp một lần khi ra nước ngoài để định cư**

**Loại hồ sơ(\*):...................................... Mã hồ sơ: ....................................(\*)**

[ ]  **Chuyển nơi hưởng (hồ sơ chờ hưởng) lương hưu, trợ cấp BHXH** từ tháng ... năm .........

[ ]  **Hưởng lại lương hưu/trợ cấp BHXH từ tháng ... năm ...**

**Loại hồ sơ(\*):...................................... Mã hồ sơ: ....................................(\*)**

***[ ]* Nhận lương hưu/trợ cấp BHXH của những tháng chưa nhận**

***[ ]* Thay đổi thông tin nhận chế độ, trợ cấp**

[1]. Chế độ BHXH

[2]. Trợ cấp BHTN

***[ ]* Cập nhật, bổ sung thông tin nhân thân theo CCCD (6)**

[1]. Họ và tên *(viết chữ in hoa)*: .......................................................................

[2]. Giới tính: ...................... [3]. Ngày, tháng, năm sinh: ......./ ......../ ........

[4]. Số CCCD: ..................................................................................................

[ ]  **Từ chối hưởng lương hưu/trợ cấp BHXH từ tháng ... năm ...**

[ ]  **Đóng một lần cho phần còn thiếu để hưởng trợ cấp hàng tháng cho đến khi đủ tuổi hưởng trợ cấp hưu trí xã hội**

[ ]  **Trợ cấp hàng tháng theo Quyết định số 613/QĐ-TTg ngày 06/5/2010 của Thủ tướng Chính phủ**

Số hồ sơ Mất sức lao động (nếu có):

Địa chỉ nơi hưởng trợ cấp MSLĐ hàng tháng trước khi thôi hưởng trợ cấp (xã, huyện, tỉnh: theo địa chỉ cũ. Trường hợp có thay đổi theo sáp nhập địa giới hành chính thì ghi bổ sung.

[ ]  **Trợ cấp mai táng của người đủ điều kiện hưởng trợ cấp hàng tháng theo Quyết định số 613/QĐ-TTg ngày 06/5/2010 của Thủ tướng Chính phủ nhưng chưa được giải quyết hưởng trợ cấp mà bị chết từ ngày 01/7/2010 đến trước ngày 01/01/2016**

Số hồ sơ Mất sức lao động (nếu có):

Địa chỉ nơi hưởng trợ cấp MSLĐ hàng tháng trước khi thôi hưởng trợ cấp (xã, huyện, tỉnh: theo địa chỉ cũ. Trường hợp có thay đổi theo sáp nhập địa giới hành chính thì ghi bổ sung.

Đã chết ngày ……. tháng …… năn ……

*Tôi cam kết tôi là người được các thân nhân thống nhất ủy quyền lập văn bản đề nghị giải quyết trợ cấp hàng tháng đối với ông/bà .............................. và trợ cấp mai táng theo quy định; nếu sai hoặc có khiếu kiện về sau tôi phải trả lại số tiền đã nhận và chịu trách nhiệm trước pháp luật.*

**Yêu cầu khác** (7).........................................................................................

**(\*) Kê khai tên loại hồ sơ và mã hồ sơ tương ứng (Ví dụ: Loại hồ sơ: Giấy ra viện..., Mã hồ sơ: 123XXXX) của các thành phần hồ sơ làm căn cứ giải quyết hưởng các chế độ BHXH mà cơ quan BHXH đang quản lý hoặc đã được cơ quan nhà nước khác kết nối, chia sẻ đảm bảo tính pháp lý theo quy định và không phải nộp lại các thành phần hồ sơ này.**

**III. Thông tin nhận chế độ, trợ cấp hoặc thay đổi thông tin nhận chế độ, trợ cấp (8)**

[1]. Số điện thoại: ...........................................................................................

[2]. Số điện thoại người thân khi cần liên lạc: ...............................................

[3]. Hình thức nhận lương hưu, trợ cấp BHXH, trợ cấp thất nghiệp:

 [3.1]. Nhận bằng tiền mặt:

[3.1.1]. Tại cơ quan BHXH:

[3.1.1]. Tổ chức dịch vụ chi trả:

Địa chỉ nhận (Ghi rõ số nhà, ngõ (ngách, hẻm), đường phố, tổ (thôn, xóm, ấp), xã (ph­ường), tỉnh, thành phố. Trường hợp đã xác định được điểm chi trả tại nơi đề nghị nhận thì ghi rõ)*:* ....................................................................................................

[3.2]. Nhận qua Tài khoản cá nhân:

[3.2.1]. Tên chủ tài khoản: ............................................................................

[3.2.2]. Số tài khoản: ....................................................................................

[3.2.3]. Ngân hàng nơi mở tài khoản: ...............................................................

[4]. Hình thức nhận hồ sơ hưởng chế độ, trợ cấp BHXH

[4.1]. Bản điện tử:

*(Ghi rõ địa chỉ, phương thức nhận bản điện tử theo quy định về giao dịch điện tử)*

[4.1]. Bản giấy:

[4.1.1]. Trực tiếp tại cơ quan BHXH:

[4.1.2]. Qua dịch vụ bưu chính:

Địa chỉ nhận (Ghi rõ số nhà, ngõ (ngách, hẻm), đường phố, tổ (thôn, xóm, ấp), xã (ph­ường), tỉnh, thành phố*:* ...................................................................................

 [5]. Nơi đăng ký KCB ban đầu:.................................................

|  |
| --- |
| *..., ngày ... tháng ... năm ...***Người đề nghị** *(Ký, ghi rõ họ tên hoặc ký số)*  |

**Phụ lục Thành viên hộ gia đình**

*Áp dụng đối với người hưởng BHXH hằng tháng đề nghị điều chỉnh thông tin nhân thân theo CCCD*

*(Kèm theo Mẫu số 14-HSB)*

Họ và tên chủ hộ: .................................... Số CCCD: ............................................................................................................

Mã số hộ gia đình: ........................... Điện thoại liên hệ: ........................................................................................................

Địa chỉ theo nơi thường trú hoặc tạm trú *(*Số nhà, đường phố, tập thể) : ................................................................................

Thôn *(bản, tổ dân phố)*: ........................................... Xã: ............................Tỉnh/Thành phố: ................................................

*Bảng thông tin thành viên hộ gia đình:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Mã số BHXH** | **Ngày tháng năm sinh** | **Giới tính** | **Quốc tịch** | **Dân tộc** | **Nơi đăng ký khai sinh** | **Mối quan hệ với chủ hộ** | **Số CCCD** | **Ghi chú** |
| A | B | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | *………, ngày …… tháng …… năm ………***Người kê khai** |

**HƯỚNG DẪN LẬP MẪU 14-HSB**

(1) Ghi đầy đủ họ và tên của người hưởng hoặc người được ủy quyền, thân nhân của người hưởng;

(2) Ghi số điện thoại. Trường hợp người lao động không có điện thoại thì có thể ghi số điện thoại của người thân khi cần liên lạc kèm theo họ và tên, mối quan hệ với người đó;

(3) Ghi đầy đủ địa chỉ nơi đang cư trú của người có yêu cầu giải quyết: Số nhà, ngõ (ngách, hẻm), đường phố, tổ (thôn, xóm, ấp), xã (ph­ường), tỉnh, thành phố; trường hợp người hưởng ủy quyền cho người khác làm đơn và thủ tục thì ghi địa chỉ của người được ủy quyền;

(4) Ghi là “người được ủy quyền” hoặc thân nhân của người hưởng (vợ/chồng/con...)

(5) Mã số BHXH: Ghi mã số BHXH của người hưởng

Trường hợp người hưởng trợ cấp là người cha, người trực tiếp nuôi dưỡng không tham gia BHXH theo quy định tại khoản 5 Điều 53 Luật BHXH thì ghi mã số BHXH của người mẹ

Trường hợp người lao động tham gia BHXH tự nguyện hưởng trợ cấp thai sản thì ghi mã số BHXH của người hưởng đồng thời ghi bổ sung thông tin về CCCD của vợ/chồng (Ví dụ lao động nữ tham gia BHXH tự nguyện đề nghị hưởng trợ cấp thai sản khi sinh con, có mã số BHXH là AAAAAAAAAA, chồng của lao động nữ có số CCCD là BBBBBBBBBB thì ghi: AAAAAAAAAA/BBBBBBBBBB)

(6) Trường hợp đề nghị cập nhật, bổ sung thông tin nhân thân theo CCCD thì người đề nghị lập thêm Phụ lục thành viên hộ gia đình kèm theo.

(7) Trường hợp có yêu cầu khác thì ghi rõ nội dung yêu cầu và các thông tin liên quan đến yêu cầu giải quyết.

(8) Phần III được sử dụng để người đề nghị kê khai các thông tin nhận chế độ, trợ cấp khi giải quyết hưởng mới chế độ, trợ cấp hoặc khi thay đổi thông tin. Trường hợp người hưởng đề nghị thay đổi các thông tin như số điện thoại, địa chỉ liên hệ, hình thức nhận chế độ, trợ cấp thì kê khai các thông tin thay đổi tương ứng tại các mục (1), (2), (3) phần III.