#### Mẫu số 88

(Trang 1)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LƯU Ý**  *1. Không cho người khác mượn sổ theo dõi cấp phương tiện trợ giúp, dụng cụ chỉnh hình, phương tiện, thiết bị phục hồi chức năng (gọi tắt là Sổ theo dõi).*  *2. Sổ theo dõi ghi theo số quản lý của Phòng LĐTBXH hoặc Trung tâm nuôi dưỡng, điều dưỡng thương binh hoặc cơ quan, đơn vị của quân đội, công an.*  *3. Khi đến hạn cấp lại phương tiện trợ giúp, dụng cụ chỉnh hình, phương tiện, thiết bị phục hồi chức năngcần mang theo:*  *- Sổ theo dõi.*  *- Giấy chứng nhận người có công (nếu chưa được cấp GCN thì có căn cước công dân)*  *4. Cần giữ gìn sổ sạch sẽ, không để nhàu nát. Trường hợp bị thất lạc Sổ theo dõi phải báo ngay cho Phòng LĐTBXH hoặc Trung tâm nuôi dưỡng, điều dưỡng thương binh nơi đang cư trú hoặc cơ quan, đơn vị trực tiếp quản lý.*  *5. Khi sử dụng hết sổ hoặc thay đổi chỗ ở liên hệ với Phòng LĐTBXH hoặc cơ quan, đơn vị trực tiếp quản lý để đổi sổ mới.*    (Mặt trong) |  | |  |  | | --- | --- | | ……….  ……… | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc ---------------** |   **SỔ THEO DÕI**  CẤP PHƯƠNG TIỆN TRỢ GIÚP, DỤNG CỤ  CHỈNH HÌNH, PHƯƠNG TIỆN, THIẾT BỊ  PHỤC HỒI CHỨC NĂNG  Họ và tên: ……………………………..…………  Số hồ sơ: ……………..……………….………….  Nơi đăng ký thường trú/cơ quan, đơn vị công tác: ……………………......................................    **Số đăng ký:** ……………………….  *(Số đăng ký là số hồ sơ/CSSK - Sổ bìa cứng, kích cỡ theo mẫu này)*  (Mặt ngoài) |

(Trang 2)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Ảnh 3x4*(đóng dấu nổi của Sở* | Họ và tên:……………………………  Ngày, tháng, năm sinh: ………...........  Nơi đăng ký thường trú: ……….……  Thuộc diện người có công: …….……  Tỷ lệ tổn thương cơ thể: ……….……  Tình trạng thương tật/bệnh tật: ……… | |  |   Loại trang cấp, niên hạn sử dụng   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Phương tiện trợ giúp, DCCH, phương tiện, thiết bị PHCN được cấp** | **Niên hạn** | **Thời gian cấp kỳ liền kề** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |      |  | | --- | | *….., ngày….tháng….năm…*  **THỦ TRƯỞNG CƠ QUAN, ĐƠN VỊ**  *(Ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)* | |  | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **TT** | **Phương tiện trợ giúp, DCCH, phương tiện, thiết bị PHCN** | **Số tiền** | **Ngày cấp** | **Người cấp ký** | |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **Xác nhận của cơ quan y tế về làm dụng cụ chỉnh hình, phục hồi chức năng** | **Ký, đóng dấu** | | **Thời gian** | Từ ngày …... tháng… năm….. đến ngày .… tháng… năm…. |  | | **Nội dung cần xác nhận** | **Dụng cụ chỉnh hình đã làm** |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | Ngày, tháng, năm nhận: |  | |

(Trang 3)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **TT** | **Phương tiện trợ giúp, DCCH, phương tiện, thiết bị PHCN** | **Số tiền** | **Ngày cấp** | **Người cấp ký** | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **Xác nhận của cơ quan y tế về làm dụng cụ chỉnh hình, phục hồi chức năng** | **Ký, đóng dấu** | | **Thời gian** | Từ ngày…tháng…năm đến ngày…tháng…năm |  | | **Nội dung cần xác nhận** | **Dụng cụ chỉnh hình đã làm** |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | Ngày, tháng, năm nhận: |  | |  | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **STT** | **Phương tiện trợ giúp, DCCH, phương tiện, thiết bị PHCN** | **Số tiền** | **Ngày cấp** | **Người cấp ký** | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |      |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **Xác nhận của cơ quan y tế về làm dụng cụ chỉnh hình, phục hồi chức năng** | **Ký,**  **đóng**  **dấu** | | **Thời gian** | Từ ngày… tháng… năm…. đến ngày… tháng … năm… |  | | **Nội dung cần xác nhận** | **Dụng cụ chỉnh hình đã làm** |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | Ngày, tháng, năm nhận: |  | |

#### 