

**ỦY BAN NHÂN DÂN  
HUYỆN TRIỆU SƠN**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: /UBND-LĐTBOXH  
V/v báo cáo danh sách đối tượng  
thuộc diện hỗ trợ theo Nghị  
quyết số 68/NQ-CP ngày  
01/7/2021 của Chính phủ.

Triệu Sơn, ngày tháng 7 năm 2021

Kính gửi:

- Phòng Y tế huyện;
- Ủy ban nhân dân các xã, thị trấn.

Thực hiện Công văn số 3092/SYT-KHTC ngày 26/7/2021 của Sở Y tế về việc báo cáo danh sách đối tượng thuộc diện hỗ trợ theo Nghị quyết số 68/NQ-CP ngày 01/7/2021 của Chính phủ (*được gửi kèm theo Công văn này*).

UBND huyện Triệu Sơn yêu cầu Trưởng Phòng Y tế, Chủ tịch UBND các xã, thị trấn thực hiện như sau:

1. Phòng Y tế huyện phối hợp với UBND các xã, thị trấn thực hiện rà soát nhóm đối tượng "***Các trường hợp F0, F1 đã kết thúc điều trị, hoàn thành cách ly y tế tại cơ sở y tế, cơ sở cách ly tập trung hoặc cách ly tại nhà***" theo quy định tại Quyết định số 23/2021/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ; lập danh sách người đủ điều kiện được hỗ trợ, dự kiến kinh phí hỗ trợ theo biểu mẫu đính kèm (*Mẫu số 8a, 8b*).

2. UBND các xã, thị trấn rà soát, lập danh sách báo cáo về UBND huyện (qua Phòng Y tế) **trước 17 giờ ngày 28/7/2021**.

3. Phòng Y tế có trách nhiệm tổng hợp danh sách, báo cáo về Sở Y tế **trước 9 giờ 00 ngày 29/7/2021**.

Yêu cầu Trưởng phòng Y tế, Chủ tịch UBND các xã, thị trấn khẩn trương thực hiện, gửi báo cáo đúng thời gian nêu trên và chịu trách nhiệm về tính chính xác trong nội dung báo cáo./.

**Nơi nhận:**

- Như trên;
- Lưu: VT, LĐTBOXH.

**KT. CHỦ TỊCH  
PHÓ CHỦ TỊCH**

**Lê Quang Trung**

CƠ QUAN/ĐƠN VỊ .....

**DANH SÁCH F0, F1 PHẢI ĐIỀU TRỊ, CÁCH LY Y TẾ**

STT	Họ và tên	Ngày, tháng, năm sinh		Địa chỉ	Ngày bắt đầu điều trị, cách ly	Ngày kết thúc điều trị, cách ly	Số ngày điều trị, cách ly	Số tiền (đồng)	Ghi chú
		Nam	Nữ						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
2									
...									
	<b>Tổng</b>								

**NGƯỜI LẬP BIỂU**  
(Ký ghi rõ họ tên)

....., ngày.....tháng.....năm.....

**THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**  
(Ký, đóng dấu)

**Ghi chú:** Cột (8) đối với trường hợp trẻ em không thể ký nhận, bố/mẹ/người giám hộ ký theo tên của người ký nhận và ghi rõ họ tên.

CƠ QUAN/ĐƠN VỊ .....

**DANH SÁCH TRẺ EM THUỘC DIỆN F0, F1 ĐƯỢC HỖ TRỢ**

STT	Họ và tên	Ngày, tháng, năm sinh		Địa chỉ	Ngày bắt đầu điều trị, cách ly	Số tiền (đồng)	Ghi chú
		Nam	Nữ				
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
...							
	<b>Tổng</b>						

**NGƯỜI LẬP BIỂU**  
(Ký ghi rõ họ tên)

....., ngày.....tháng.....năm.....

**THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ**  
(Ký, đóng dấu)