

Mẫu số 02

(Ban hành kèm theo Thông tư số 01/2019/TT-BLĐTBXH ngày 02 tháng 01 năm 2019)

HỘI ĐỒNG XÁC ĐỊNH MĐKT CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

XÃ.....

**PHIẾU XÁC ĐỊNH MỨC ĐỘ KHUYẾT TẬT
ĐỐI VỚI TRẺ EM DƯỚI 6 TUỔI**

I. Thông tin người được xác định mức độ khuyết tật

- Họ và tên: Nguyễn A
- Sinh ngày..... tháng..... năm 2019 Giới tính:nam
- Hộ khẩu thường trú: 22/1 kp1 phường Tân Hòa
- Nơi ở hiện nay: 22/1 kp1 phường Tân Hòa

II. Thông tin người đại diện hợp pháp (nếu có)

- Họ và tên: Trần Thị H
- Mối quan hệ với người được xác định khuyết tật: mẹ
- Số CMND hoặc thẻ căn cước: 075xxxxxxxxx
- Hộ khẩu thường trú: 22/1 kp1 phường Tân Hòa
- Nơi ở hiện nay: 22/1 kp1 phường Tân Hòa
- Số điện thoại: 0982xxxxxx

III. Xác định dạng khuyết tật

STT	Các dạng khuyết tật	Có	Không
1	Khuyết tật vận động	x	
1.1	Mềm nhẽo hoặc co cứng toàn thân	x	
1.2	Thiếu tay hoặc không cử động được tay		
1.3	Thiếu chân hoặc không cử động được chân		
1.4	Yếu, liệt, teo cơ hoặc hạn chế vận động tay, chân, lưng, cổ		
1.5	Cong, vẹo chân tay; gù cột sống lưng hoặc dị dạng, biến dạng khác ở đầu, cổ, lưng, tay, chân		

1.6	Có kết luận của cơ sở y tế cấp tỉnh trở lên về suy giảm chức năng vận động		
2	Khuyết tật nghe, nói		
2.1	Không phát ra âm thanh, lời nói		
2.2	Phát ra âm thanh, lời nói nhưng không rõ tiếng, rõ câu		
2.3	Không nghe được		
2.4	Khiếm khuyết hoặc dị dạng cơ quan phát âm ảnh hưởng đến việc phát âm		
2.5	Khiếm khuyết hoặc dị dạng vành tai hoặc ống tai ngoài ảnh hưởng đến nghe		
2.6	Có kết luận của cơ sở y tế cấp tỉnh trở lên về suy giảm chức năng nghe, nói		
3	Khuyết tật nhìn		
3.1	Mù một hoặc hai mắt		
3.2	Thiếu một hoặc hai mắt		
3.3	Khó khăn khi nhìn hoặc không nhìn thấy các đồ vật		
3.4	Khó khăn khi phân biệt màu sắc		
3.5	Rung, giật nhãn thị, đục nhân mắt hoặc sẹo loét giác mạc		
3.6	Bị dị tật, biến dạng ở vùng mắt		
3.7	Có kết luận của cơ sở y tế cấp tỉnh trở lên về suy giảm chức năng nhìn		
4	Khuyết tật thần kinh, tâm thần		
4.1	Thường xuyên lên cơn co giật		
4.2	Có kết luận của cơ sở y tế cấp tỉnh trở lên về bệnh thần kinh, tâm thần, tâm thần phân liệt		
5	Khuyết tật trí tuệ		
5.1	Khó khăn trong việc nhận biết người thân trong gia đình hoặc khó khăn trong giao tiếp với những người xung quanh so với người cùng lứa tuổi		

5.2	Chậm chạp, ngờ nghệch hoặc không thể làm được một việc đơn giản (so với tuổi) dù đã được hướng dẫn		
5.3	Khó khăn trong việc đọc, viết, tính toán và kỹ năng học tập khác so với người cùng tuổi do chậm phát triển trí tuệ		
5.4	Có kết luận cơ sở y tế cấp tỉnh trở lên về chậm phát triển trí tuệ		
6	Khuyết tật khác		
6.1	Có kết luận của cơ sở y tế cấp tỉnh trở lên về bệnh tê bì, mất cảm giác ở tay, chân hoặc sự bất thường của cơ thể làm giảm khả năng thực hiện các hoạt động; lao động; đọc, viết, tính toán và kỹ năng học tập khác; sinh hoạt hoặc giao tiếp		
6.2	Có kết luận của cơ sở y tế cấp tỉnh trở lên về bệnh hô hấp hoặc do bệnh tim mạch hoặc do rối loạn đại, tiểu tiện mặc dù đã được điều trị liên tục trên 3 tháng, làm giảm khả năng thực hiện các hoạt động; lao động; đọc, viết, tính toán và kỹ năng học tập khác; sinh hoạt hoặc giao tiếp		
6.3	Có kết luận của cơ sở y tế cấp tỉnh trở lên về rối loạn phổ tự kỷ hoặc các loại bệnh hiếm		

IV. Xác định mức độ khuyết tật

STT	Các dấu hiệu	Có	Không
1	Khuyết tật đặc biệt nặng		
1.1	Mềm nhẽo hoặc co cứng toàn thân hoặc liệt toàn thân		
1.2	Thiếu hai tay		
1.3	Thiếu hai chân hoặc liệt hoàn toàn hai chân		
1.4	Thiếu một tay và thiếu một chân		
1.5	Mù hai mắt hoặc thiếu hai mắt		
1.6	Liệt hoàn toàn hai tay hoặc liệt nửa người		

1.7	Có kết luận của cơ sở y tế cấp tỉnh trở lên mắc một hoặc nhiều loại bệnh: bệnh bại não, não úng thủy, tâm thần phân liệt		
2	Khuyết tật nặng		
2.1	Không cử động được một tay hoặc không cử động được một chân		
2.2	Thiếu một tay		
2.3	Thiếu một chân		
2.4	Mù một mắt		
2.5	Thiếu một mắt		
2.6	Câm và điếc hoàn toàn		

V. Đề xuất kết luận dạng khuyết tật và mức độ khuyết tật:

1. Dạng khuyết tật (Ghi rõ dạng khuyết tật hoặc không khuyết tật):.....

.....

2. Mức độ khuyết tật:

3. Không đưa ra được kết luận về dạng khuyết tật, mức độ khuyết tật:

.....

Người ghi phiếu
(Ký, ghi rõ họ tên)

....., ngày ...tháng ...năm

Chủ tịch Hội đồng
(Ký tên, đóng dấu)