

**SỞ Y TẾ LÂM ĐỒNG
TRUNG TÂM Y TẾ BẢO LÂM**

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

Số: 264 /TTYT
V/v hướng dẫn cấp phương tiện
tránh thai miễn phí cho đối tượng

Bảo Lâm, ngày 04 tháng 8 năm 2022

Kính gửi: - Các đơn vị trực thuộc Trung tâm y tế.

Căn cứ Quyết định số: 2019/QĐ-BYT, ngày 27/04/2021 của Bộ y tế quyết định công bố danh sách tỉnh, thành phố thuộc các vùng mức sinh áp dụng cho giai đoạn 2020-2025;

Căn cứ văn bản số: 10578/BYT-TCDS, ngày 14/12/2021 của Bộ y tế về việc thực hiện chương trình điều chỉnh mức sinh;

Căn cứ văn bản số: 28/CCDS-DS, ngày 01/04/2022 của Chi cục DS-KHHGD tỉnh Lâm đồng;

Trung tâm Y tế huyện Bảo Lâm hướng dẫn cấp phương tiện tránh thai miễn phí cho các đối tượng được như sau:

Tại điểm 3 điều 1 quyết định số 2019/QĐ-BYT, ngày 27/4/2021 của Bộ y tế có qui định: Vùng mức sinh thay thế gồm 09 tỉnh, thành phố trong đó có tỉnh Lâm đồng.

Tại văn bản số 10578/BYT-TCDS ngày 14/12/2022 của Bộ y tế về việc thực hiện chương trình điều chỉnh mức sinh có quy định: Đối tượng được cấp PTTT miễn phí tại các tỉnh/TP thuộc vùng mức sinh thay thế và mức sinh thấp: Cấp cho người thuộc hộ nghèo, hộ cận nghèo (bao gồm cả các cặp vợ chồng, người đơn thân, vị thành niên, thanh niên); đối tượng bảo trợ xã hội...

Như vậy, đề nghị các đơn vị thực hiện một số nội dung:

1. Cấp phát PTTT miễn phí cho người thuộc hộ nghèo, hộ cận nghèo (bao gồm cả các cặp vợ chồng, người đơn thân, vị thành niên, thanh niên); đối tượng bảo trợ xã hội.
2. Lập danh sách đối tượng được cấp miễn phí PTTT trên địa bàn (Theo mẫu A1).
3. Thủ tục cấp phát PTTT miễn phí được thực hiện (Theo mẫu A2).

Trên đây là hướng dẫn cấp PTTT miễn phí cho các đối tượng trên địa bàn huyện Bảo Lâm, đề nghị các đơn vị trên khai thực hiện./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Lưu: VT, KHN-ĐD&DS.NPS.



Đỗ Phú Lương

Tỉnh:.....
Huyện:.....
Xã:.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc Lập – Tự Do – Hạnh Phúc

**DANH SÁCH ĐỐI TƯỢNG ĐƯỢC CẤP
PHƯƠNG TIỆN TRÁNH THAI MIỄN PHÍ**

TT	Họ và tên	Địa chỉ	Tuổi	Phân loại đối tượng	Ghi chú

Xác nhận của UBND xã ngày tháng năm.....
Trưởng trạm Y tế



Tỉnh:.....
Huyện:.....
Xã:.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc Lập – Tự Do – Hạnh Phúc

DANH SÁCH CẤP PHÁT PTTT MIỄN PHÍ
LOẠI PTTT:.....

Tháng.....năm

Dvt:

TT	Họ và tên	Địa chỉ	Tuổi	Loại PTTT	Số lượng	Ngày cấp	Ký nhận	Ghi chú

Người cấp phát

Bảo Lâm, ngày tháng năm
Trạm y tế