附件1

劳动能力鉴定申请表

(工伤职工劳动能力鉴定)

年 月 日

亲爱的朋友：

为使您能够顺利进行劳动能力鉴定，请您仔细阅读以下提示。如遇到困难与问题，请随时与劳动能力鉴定服务人员联系。

温馨提示：

提出劳动能力鉴定申请，需提交以下材料：

1.有效的诊断证明，按照医疗机构病历管理有关规定复印或者复制的检查、检验报告等完整有效的病历资料;

2.工伤职工的居民身份证或者社会保障卡等其他有效身份证明原件；

注意事项：

1.填表请用钢笔、签字笔，字迹工整；

2.申请人只需要填写劳动能力鉴定申请表第一页，请准确填写各项信息。

工 伤 职 工 劳 动 能 力 鉴 定 申 请 表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 工 伤 职 工 信 息 栏 | 工伤职工姓名： | | 一寸近期  免冠彩色  照片 |
| 工伤认定决定书编号： | |
| 证件类型(请在□内打√，单项选择)  居民身份证□ 社会保障卡□ 其他□  证件号码□□□□□□□□□□□□□□□□□□ | |
| 联系电话（必填一项）： （手机） （手机二） | | |
| 指定送达地址：  指定受送达人： 邮编□□□□□□ | | |
| 用人单位 信 息 栏 | 用人单位名称： | | |
| 用人单位联系人： | | |
| 联系电话：（必填一项）： （手机） （手机二） | | |
| 指定送达地址：  指定受送达人： 邮编□□□□□□ | | |
| 申 报 事 项 信 息 栏 | 申请类型选择(请在□内打√，单项选择)：  □初次鉴定 □再次鉴定 □复查鉴定（初次） □复查鉴定（再次） | | |
| 申请主体(请在□内打√，单项选择)：  □1.用人单位 □2.工伤职工 □3.近亲属：姓名 ；与工伤职工关系 ；  身份证件号码： 。□4.社会保险经办机构 | | |
| 本人承诺：以上内容及所附其他材料均真实有效，如有虚假，愿承担相关法律责任。  申请人签名（盖章）：  年 月 日 | 本单位承诺：以上内容及所附其他材料均真实有效，如有虚假，愿承担相关法律责任。  申请单位签字（盖章）：  年 月 日 | |

（注：本页由申请人填写，请准确填写各项信息）

工 伤 职 工 劳 动 能 力 鉴 定（结 论）表

|  |
| --- |
| 伤情介绍：  鉴定依据：（写明得出鉴定结论的准确条款）  专家组意见： 。  1.劳动功能障碍程度 经鉴定符合伤残 级；  2.生活自理障碍程度 经鉴定符合 护理依赖；   1. 进食；□ b）翻身；□ c）大、小便；□ d）穿衣、洗漱；□ e）自主行动。   鉴定专家签名：  专家1： ；专家2： ；专家3： ；  专家4： ；专家5： 。 |
| 劳动能力鉴定委员会结论：（劳动能力鉴定委员会根据专家组意见作出）  经审定，符合：  级伤残；  护理依赖；  审核人签名（印章）：  年 月 日 |

（注：本页劳动能力鉴定委员会留存）

编号:

劳动能力鉴定材料收讫补正告知书（存根）

：

你（单位）提出的工伤职工 劳动能力鉴定申请（初次鉴定/再次鉴定/复查鉴定）已于 年 月 日收到，经审核：

□1.材料完整，予以收讫。

□2.材料不完整，尚欠缺：

① ；

② ；

③ ；

特此告知，请于 年 月 日前补正。

劳动能力鉴定委员会

年 月 日

骑缝章

编号:

劳动能力鉴定材料收讫补正告知书

：

你（单位）提出的工伤职工 劳动能力鉴定申请已于 年 月 日收到，经审核：

□1.材料完整，予以收讫。

□2.材料不完整，尚欠缺：

① ；

② ；

③ ；

特此告知，请于 年 月 日前补正。

劳动能力鉴定委员会

年 月 日

工伤职工初次（复查）鉴定结论书

省（自治区、直辖市） 市（区）劳鉴 年 号

被鉴定人：

身份证件号：

指定送达地址：

用人单位：

伤残情况：

。

现场检查情况（如有现场检查）：

。

根据《劳动能力鉴定 职工工伤与职业病致残程度等级》国家标准，经劳动能力鉴定专家组鉴定，你目前的伤残情况，符合：

。

鉴定结论为： 。

对本鉴定结论不服的，可以自收到本鉴定结论书之日起15日内向 省(自治区、直辖市)劳动能力鉴定委员会申请再次鉴定。

劳动能力鉴定委员会

年 月 日

（本鉴定结论一式四份，工伤职工、用人单位、经办机构、本鉴定委员会各一份。）

工伤职工再次鉴定结论书

省（自治区、直辖市）劳鉴 年 号

被鉴定人：

身份证件号：

指定送达地址：

用人单位：

伤残情况：

。

现场检查情况（如有现场检查）：

。

根据《劳动能力鉴定 职工工伤与职业病致残程度等级》国家标准，经劳动能力鉴定专家组鉴定，你目前的伤残情况，符合：

。

鉴定结论为： 。

本鉴定结论为最终结论。

劳动能力鉴定委员会

年 月 日

（本鉴定结论一式五份，工伤职工、用人单位、初鉴机构、经办机构、本鉴定委员会各一份。）