|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 昆明市职工因工（病）劳动能力鉴定申请表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工伤（因病）职工信息 | 姓名： | | | | | | 性别： | | | | | | | | | 年龄： | | | | | | | 近期免冠  彩色照片 |
| 身份证件号码 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 认定工伤决定书编号： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 诊治医疗机构： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗机构伤病诊断结论： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系电话（必填）： （电话1） （电话2） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 邮寄地址（必填）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * **为保障您的合法权益，请准确填写联系地址和联系电话，如果该信息填写错误，导致鉴定结论无法准确送达的，自行承担一切后果。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 用人单位信息 | 单位名称： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位联系人（法人）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系电话（必填）： （电话1） （电话2） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 邮寄地址（必填）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * **为保障您的合法权益，请准确填写联系地址和联系电话，如果该信息填写错误，导致鉴定结论无法准确送达的，自行承担一切后果。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申 报 事 项 | 申请类型（请在□内打√，单项选择）：□初次鉴定 □复查鉴定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请事项（请在□内打√，单项选择）  □工伤职工劳动能力等级鉴定 □延长停工留薪期确认  □辅助器具配置确认 □工伤康复确认  □疾病与事故伤害关联确认 □工伤复发确认  □因病（非因工）劳动能力鉴定□其他受委托的劳动能力鉴定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请主体（请在□内打√，单项选择）  □用人单位 □工伤职工或其近亲属 □社会保险经办机构 □其他委托鉴定机构 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申 报 事 项 确 认 | **个人意见：**  **本人承诺：（请手写描黑）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（手印）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | **用人单位意见：**  经办人：（盖章）  年 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| **自谋职业（灵活就业人员）参保机构意见：**  经办人：（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | **委托鉴定单位意见：**  经办人：（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 填 表 说 明 | 1.“工伤（因病）职工信息”栏：工伤职工按《认定工伤决定书》填写，因病职工不需填写“认定工伤决定书编号”。  2.“个人意见”栏：职工本人不能填写的，可由亲属代写，但需注明与伤（病）者的关系，并加按代写者和伤（病）者的手印。  3.申请劳动能力鉴定的，“用人单位意见”栏请加盖单位行政章，按项目参保的可加盖项目行政章；申请因病（非因工）劳动能力鉴定的，请在“用人单位意见”栏盖章，自谋职业的请在“自谋职业（灵活就业人员）参保机构意见”栏加盖社保经办部门章或出具参保证明。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 温馨提示 | 1.劳动能力鉴定办事指南和相关表格，请登录昆明市人社局官网“在线服务”栏的“服务指南”和“资料下载”栏查阅下载。  2.鉴定结论均采用邮寄方式送达，请准确填写联系方式。  3.咨询电话：12333-2。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注：本表一式两份，由申请人填写，请准确填写各项信息。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 专家组临床检查结论及鉴定意见 | 查体情况：  诊断结论：  定级依据：  建议等级：  护理等级：  辅助器具：  医疗依赖：  专家组成员签名：  年 月 日 |
| 市劳动能力鉴定委员会意见 | 初审: 复审: 终审: 年 月 日 |