编号：

类别：工伤□ 因病□

**江 西 省**

**劳 动 能 力 鉴 定 申 请 表**

（工伤、因病鉴定通用）

用人单位：

职工姓名：

**年 月 日**

**亲爱的朋友：**

对您受到的工伤我们致以诚挚的慰问，我们将竭诚为您服务，祝您早日康复！

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，请随时与工伤保险服务人员联系。

**温馨提示**：提出劳动能力鉴定申请，需提交以下材料：

1、《工伤认定决定书》原件和复印件；

2、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材料；

3、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和复印件；

4、申请再次鉴定的，还需提交劳动能力初次（或者复查）鉴定结论的原件和复印件；

5、劳动能力鉴定委员会要求提供的其他材料。

**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。

3、如有疑问，请咨询有关工作人员。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 职工信息栏 | 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 居民身份证□ 其他□  身份证件号码□□□□□□□□□□□□□□□□□□ | |
| 联系电话（必填一项）： （手机） （固话） | | |
| 联系地址:  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： | | |
| 联系地址:  邮编□□□□□□ | | |
| 申报事项确认栏 | 申请鉴定类型选择（请在□内打√单项选择）  □1、初次鉴定（伤残、护理）； □2、再次鉴定（伤残、护理）； □3、复查鉴定（伤残、护理）；□4、配置辅助器具确认，申请配置项目 ；  □5、因病鉴定。 | | |
| 申请主体（请在□内打√单项选择）  □1、用人单位； □2、职工或其近亲属； □3、社会保险经办机构。 | | |
| 申请人签名或盖章 ：  年 月 日 | 申请单位盖章 ：  年 月 日 | |

劳动能力鉴定（结论）表

|  |
| --- |
| 伤（病）情介绍：  鉴定依据（GB/T 16180－2014□ 劳社部发【2002】8号文□）：    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；  a)进食； □ d)穿衣、洗漱； □  b)翻身； □ e)自主行动。 □  c)大、小便 ； □  3、 配置辅助器具确认 经鉴定 。  4、 因病丧失劳动能力鉴定程度 经鉴定符合 。  专家1： 专家4：  专家2： 专家5：  专家3：    年 月 日 |
| 劳动能力鉴定委员会结论：  经审定，符合：  级伤残；  护理依赖；  配置辅助器具确认 。  因病符合 丧失劳动能力。  审核人签名(印章）： 年 月 日 |

（注：本页劳动能力鉴定委员会留存）