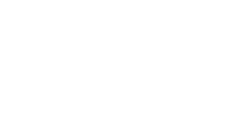
|  |  |
| --- | --- |
| 鉴定依据 |  |
| 专家组意见：   1. 劳动功能障碍程度，经鉴定符合伤残 级； 2. 生活自理障碍程度，经鉴定符合 生活自理障碍；    * a）进食 □ d）穿衣、洗漱    * b）翻身  □ e）自主行动    * c）大、小便 3. 配置辅助器具确认，经鉴定 。 4. 其他： 。鉴定专家签名：1． 2． 3．   年 月 日 | |
| 劳动能力鉴定委员会结论：  经审定，符合：伤残 级； 生活自理障碍； 确认 。  苏州市劳动能力鉴定委员会年 月 日 | |



苏州市职工工伤劳动能力鉴定申请表

# 流水号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请信息 | 单位全称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 工伤职工彩色一寸免冠照片 | | | | | |
| 单位联系人 |  | | | 移动电话 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 单位送达地址 |  | 省 市 县（市区） | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 职工姓名 |  | | 公民身份号码  （社会保障号） | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 职工联系人 |  | | 移动电话 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 职工送达地址 | 省 市 县（市区） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 参保信息 | 工伤时职工是否参加工伤保险 | | | | | □是 □否 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工伤职工受伤诊断治疗及伤情稳定后残疾和功能情况简介 | 事故发生/职业病诊断时间 | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 认定工伤决定书编号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受伤害部位/职业病名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 伤情稳定后残疾和功能情况简介： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请类型 | 申请人类别  （可多选） | □用人单位 □工伤职工或者其近亲属 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □社会保险经办机构 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请类别 | □初次鉴定 □复核鉴定 □复查鉴定 □再次鉴定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 鉴定项目 | □劳动功能障碍程度等级鉴定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □生活自理障碍程度等级鉴定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 确认项目  （请初次鉴定时一并勾选） | □安装辅助器具的确认 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □旧伤复发的确认 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □停工留薪期延长的确认 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □法律法规规定的其他确认事项 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请劳动能  力鉴定理由 |  | | | | | | | | |
| 申报事项确认栏 | 申请复核及再次鉴定需填写的信息内容 | 收到初次（复查） 鉴定结论书日期  （结论送达部门盖章确认 | | | | 年  ） | 月 | 日 |  |
| 结论书编号 | | | |  | | | |
| 鉴定结论 | | | |  | | | |
| 申请再次鉴定需填写的信息内容 | 收到市级劳动能力复核  鉴定结论书日期 | | | | 年 | 月 | 日 |  |
| 结论书编号 | | | |  | | | |
| 鉴定结论 | | | |  | | | |
| 劳动关系是否续存 | | | | □是 | □否 |  |  |
| 申请材料 | 1．《认定工伤决定书》复印件； | | | | | | | |
| 2．工伤职工居民身份证复印件； | | | | | | | |
| 3．按照医疗机构病历管理有关规定复印或者复制的门诊  病历、影像报告、出院小结等完整有效的病历材料； | | | | | | | |
| 4．申请复查鉴定还应提供历次鉴定结论复印件； | | | | | | | |
| 5．劳动关系续存证明材料（复查鉴定时提供）； | | | | | | | |
| 6．劳动能力鉴定委员会要求提供的其他材料。 | | | | | | | |
| 被鉴定人（签名）  年 | | 月 | 日 | 单位（公章） | | 年 | 月 | 日 |
| 本人经治疗和康复后，伤情已基本稳定；承诺所填写内容和提供材料真实准确有效，否则承担相应的法律责任。  承诺人（签名） 年 月 日 | | | | | | | | | |

注：1．填表请用黑色钢笔、签字笔，字迹工整。

1. 如鉴定过程中发现仍需康复治疗的，作出劳动能力鉴定结论的期限相应顺延。
2. “残疾和功能情况”载明的伤情要与《认定工伤决定书》描述的伤情部位一致。
3. 复核鉴定应在收到初次鉴定结论之日起 15 日内提出申请；再次鉴定应在收

到复核鉴定结论之日起 15 日内提出申请。

1. 复查鉴定应在自上一次作出鉴定结论之日起 1 年后，且在工伤保险关系续存期间提出申请。

通讯地址：苏州市姑苏区桐泾北路 11 号 固定电话：0512-66090151

# 流水号：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被鉴定人信息 | 职工姓名 |  |
| 用人单位全称 |  |
| 鉴定科目 |  | |
| 伤情介绍 | 受伤情况事故发生时间与受伤害经过简述： | |
| 查体时间及情况： | |