**巴州职工非因工伤残或因病丧失劳动能力鉴定告知书**

尊敬的非因工伤残或因病劳动能力鉴定申请人：

感谢您多年以来为国家建设做出的贡献，现在您申请非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定，我们将依据相关政策为您提供劳动能力鉴定服务。现将有关事宜和有关工作流程告知如下：

一、职工非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定依据是：《国务院关于工人退休退职的暂行办法》（国发〔1978〕104号）、《自治区人事厅关于对自治区级事业单位工作人员提前退休退职进行统一审批工作的补充通知》（新人福字〔1996〕178号）等；非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定标准是：关于印发《职工非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定标准（试行）》的通知（劳社部发〔2002〕8号）。

二、我们的工作时限为：自受理日起60天，伤病情况复杂、涉及医疗卫生专业较多的可以延长30天（医学检查时间不计算在劳动能力鉴定工作期限内）。

三、您需要提供以下材料：

1、巴州职工非因工伤残或因病丧失劳动能力鉴定申请表一式三份（附一寸

照片）；

2、巴州职工劳动能力鉴定医学专家检查表一份（附一寸照片）；

3、申请人的身份证或社会保障卡复印件及原件（查看）；

4、按照医疗机构病历管理有关规定复印或复制的检查、检验报告、有效的

诊断证明等完整病历材料；

 5、组织部门或人力资源和社会保障行政部门委托函。

四、您的非因工伤残或因病丧失劳动能力鉴定申请需要在本单位公示不少于5个工作日，公示期满后，本单位出具公示结果证明，并由单位盖章确认。

五、申请人按《社会保险法》等相关规定必须缴纳养老保险满15年以上（含视同缴费）方能申报。

六、申请人应当按照通知的时间和地点准时参加现场鉴定，并主动配合医学卫生专家的面检，接受必要的医学辅助检查。由于个人原因不能参加专家面检或不配合鉴定的，我们将终止本次鉴定。

七、我们将根据申请人的客观病情和巴州劳动能力鉴定委员会专家组的评审意见，出具劳动能力鉴定结论，并对达到完全丧失劳动能力程度人员进行公示。

八、您如果通过虚假的病历资料骗取劳动能力鉴定结论，将触犯《社会保险法》“第十一章”的相关法条并受到相应的处罚。

欢迎您对我们的工作进行监督和提出宝贵意见。

联系电话：0996-2025803 巴州劳动能力鉴定委员会办公室

本人已阅知上述告知内容，并予以签名确认。 申请人签名：

 年 月 日

**巴州职工非因工伤残或因病丧失劳动能力鉴定申请表**

巴州病鉴字202 年第 号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位 |  | 单位性质：(以下选项“√”)行政🞎 事业🞎 企业🞎 灵活就业🞎 | 像片及委托单位骑缝章 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 缴费年限（含视同缴费） |  |
| 身份证号 |  |
| 参保单位社保编号 |  | 个人社保编号 |  |
| 家庭住址及电话 |  |
|  **申请人填写** |
| 所患主要疾病和目前身体状况： |
| 诊疗医院及住院时间、病案号：  |
| 住院： | 时间： | 病案号： |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 主要辅助检查资料及检查机构、检查时间（影像、彩超、化验、病理编号等）：  |
| 医院： | 时间： | 资料（份数）：  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 本人所提供的医学资料能反映本人历年来的病情和诊疗事实，我对所提供医学资料的真实性负责，并愿意承担由此产生的法律责任。**本人签名**（指印）： 年 月 日 |

注：此件一式三份，由劳动能力鉴定委员会、社保经办机构存档、申请人单位存档。

|  |
| --- |
| **单 位 填 写** |
| 我单位已对鉴定申请人的病情进行了核实，并在本单位公示5个工作日，期间无异议。我们认为鉴定申请人的病情属实，已不能从事一般性工作，同意申报非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定。单位领导签字： 单位公章： 年 月 日 |
| 单位主管部门意见：同意该职工申请非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定。领导签字： 公 章  年 月 日 | 行政部门委托章：负责人签字：年 月 日 |
|  **劳动能力鉴定机构填写** |
| 鉴定诊断结果： 鉴定专家组章202 年 月 日 | 鉴定结论： 劳动能力鉴定委员会章 202 年 月 日 |
| 鉴定机构经办人签名： 鉴定中心主任签名：202 年 月 日 | 主要领导审核意见：签名：202 年 月 日 |

**填 表 告 知**

备注：

1、以上两张表格正反面打印在一张A4纸上。

2、参加鉴定人员在贴像片处、委托单位、申请人居住地盖单位公章并负责人签名，单位主管部门盖上级主管单位章并领导签字；市、县各部门申报的人员，需加盖县市人社行政部门委托章并负责人签字。

3、此表一式三份，申请人随表贴三张1寸照片。

巴州职工劳动能力鉴定医学专家检查表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位 |  | 姓名 |  | 性别 |  | 相片（加盖鉴定办章） |
| 身份证号 |  |
| 病史： |
| 查体： |
| 主要辅检： |
| 鉴定诊断结果及依据：  专家签名： 、 、  年 月 日  |

注：此表由劳动鉴定委员会存档备案。

公 示

兹有 × ×单位（社区） ×× 同志 ， 性别××，族别××，出生年月××（年龄××），现提出非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定（病退或病退职）申请，现于202×年 ××月×× 日至202×年××月××日公示5个工作日，在公示期间如对申请人劳动能力鉴定情况有异议，可反映或举报至单位（社区）。

单位（社区）举报电话：×××

单位（社区）联系人：×××

××××单位（社区）公章

 202×年××月×日

公示结果证明

兹有× ×单位（社区） ×× 同志 ， 性别××，族别××，出生年月××（年龄××），现提出非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定（病退或病退职）申请，本单位（社区）于 202×年 ××月×× 日至202×年××月××日公示5个工作日，现公示期满，公示期间未收到任何反映举报或其他异议。

特此证明

××××单位（社区）公章

 202×年××月×日