**工伤职工劳动能力鉴定申请注意事项**

一、工伤职工劳动能力鉴定申请需提交下列材料：

1、《无锡市工伤职工劳动能力鉴定申请表》，本表一式一份，左半页由申请人填写，请用钢笔或签字笔填写，字迹工整清晰；

2、认定工伤决定书原件（认定工伤决定书落款日期为2021年5月1日后的不需提供）；

3、病历资料：

（1）未住院人员：门诊病历、医学诊断证明、检查报告等复印件（须提供原件核对）；

（2）住院人员：门诊病历复印件（须提供原件核对）、入院记录、出院记录、手术记录、检查报告等病历资料复印件（须前往医院病案室调取并加盖医院病历复印专用章）；

4、工伤职工的居民身份证或者社会保障卡有效身份证明；

5、历次劳动能力鉴定结论（再次、复查鉴定需提供，落款日期为2021年7月1日后的不需提供）；

6、劳动关系续存证明材料（复查鉴定需提供）；

7、职业病诊断证明书（被诊断为职业病的需提供）；

8、工亡职工与其供养亲属之间的关系证明（供养亲属丧失劳动能力程度鉴定需提供）；

9、委托代理人办理劳动能力鉴定的，须提供授权委托书；工伤职工近亲属提出申请的，须提供工伤职工近亲属居民身份证有效身份证件及与被鉴定人的关系证明或授权委托书；

二、对市级劳动能力鉴定委员会作出的鉴定结论不服的，应从签收鉴定结论之日起十五日内向市劳动能力鉴定委员会申请复核鉴定。复核鉴定申请时应提交填写完整的复核鉴定申请表及需要补充的病历资料。

三、为便于受送达人及时收到劳动能力鉴定文书，请申请人详细填写真实有效的送达信息，如因提供的邮寄信息不准确，使鉴定文书无法及时准确送达，申请人将承担由此可能产生的法律后果。

四、鉴定申请时间：工作日上午9:00-11:30，下午13:00-17:00，地址：无锡市广瑞路2号，1号楼一楼服务大厅，电话：82419162，邮编：214011。

无锡市劳动能力鉴定委员会办公室

**流水号： 被鉴定人： 流水号：**

**无锡市工伤职工劳动能力鉴定申请表 劳动能力鉴定专家意见表**

**（申请人填写） （鉴定专家填写）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 身份证号码 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 认定工伤决定书编号 | |  | | | | 工伤时职工是否  参加工伤保险 | □是 □否 | | | | | | | | | | | |
| 职 工 送达地址 | 省 市 区 街道 | | | | | | 职工联系电话（手机） | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| 单位名称 |  | | | | | | 单 位  联系人 | | | | | |  | | | | | |
| 单 位 送达地址 | 省 市 区 街道 | | | | | | 单位联系电话（手机） | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| 鉴 定 类 别 | 1、工伤职工致残等级鉴定； | | | | | | | | | | （ 一 寸 或 两 寸 ）  近 期 彩 照 | | | | | | | |
| 2、护理依赖程度鉴定； | | | | | | | | | |
| 3、工伤职工需要安装辅助器具的确认； | | | | | | | | | |
| 4、旧伤复发需要治疗的确认； | | | | | | | | | |
| 5、工伤职工停工留薪期超过12个月以上的确定； | | | | | | | | | |
| 6、法律法规规定的其他确认事项。 | | | | | | | | | |
| 单位意见：  按鉴定类别第 项内容鉴定。  （盖章） 年 月 日 | | | | | 被鉴定人意见：  按鉴定类别第 项内容鉴定。  按鉴定类别第1、2项鉴定的，即为经治疗后，伤情已经基本稳定；  按鉴定类别第3、4项鉴定的，请注明需确认的详细内容：  （签名） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 本人已详细阅读“工伤职工劳动能力鉴定申请注意事项”，承诺所填内容和提交材料真实准确有效，否则承担相应的法律责任。  承诺人（提交人）： 手机号： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备  注 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 接收人： 接收日期： | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 医疗检查情况：  病史简述：  体态描述：  辅助检查：  医师签名： 年 月 日 |
| 专家组鉴定意见：  根据《职工工伤与职业病致残等级》（GB/T16180-2014）标准，对照附录C  条目和护理依赖4.1.5第 项，定为伤残等级 级和 护理依赖程度。  确认 。  说明：    鉴定医师签名： ； ； 。 （鉴定委员会签章）    日期： ； ； 。 年 月 日 |
| 备注： |