

# 达州市劳动能力鉴定委员会

## 工伤（职业病）劳动能力鉴定告知书

亲爱的朋友：

对您受到的伤害我们致以诚挚的慰问，我们将竭诚为您服务，祝您早日康复！为使您顺利进行劳动能力鉴定，请仔细阅读以下提示。如有困难或问题，请拨打咨询电话 0818-3322253、0818-3322255。本委员会未委托任何个人或法律工作者代理业务，请提高警惕！

**一、申请鉴定。**1.由县（市、区）人社局认定工伤的，在当地人社局申报；由市人社局认定工伤的，在市人社局窗口申报。2.申请人所提供的资料应全面真实；所有提交资料不予退还，请自行备份保存。

**二、参加鉴定。**1.被鉴定人须携带身份证及相关病历资料在规定时间内到达指定地点。2.鉴定费用按规定收取：初次鉴定 300 元/次、复查鉴定 400 元/次。3.被鉴定人有下列情形之一的，当次鉴定终止：（1）无正当理由不参加现场鉴定的；（2）因正当理由不能按时参加鉴定，经调整鉴定时间后，仍不能按时参加鉴定的；（3）拒不参加劳动能力鉴定委员会安排的检查和诊断的；（4）在鉴定过程中弄虚作假或不配合医学检查导致不能真实反映伤病情况的；（5）其他原因导致鉴定不能进行的。

**三、领取结论。**由县（市、区）人社局认定工伤的，在当地人社局领取；由市人社局认定工伤的，在市人社局窗口领取。

**四、再次鉴定。**工伤职工或其近亲属、用人单位对劳动功能障碍程度或生活自理障碍程度的初次（复查）鉴定结论不服的，可在收到该鉴定结论之日起 15 日内向四川省劳动能力鉴定委员会申请再次鉴定。咨询电话：028-86136135。

**五、复查鉴定。**自鉴定结论作出之日起 1 年后，工伤职工或其近亲属、用人单位或社会保险经办机构认为伤残情况发生变化的，可向本委员会申请复查鉴定。按《四川省工伤保险条例》第三十三条、第三十四条规定解除或者终止劳动人事关系并领取了一次性工伤保险待遇的工伤职工，申请劳动能力鉴定或者确认事项，鉴定机构不再受理。

**六、法律责任。**以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取鉴定结论、领取工伤保险待遇的，按照相关法律规定，由人力资源社会保障行政部门责令退回骗取的社会保险金，处骗取金额 2 倍以上、5 倍以下的罚款。

申请人签字：

年 月 日

# 达州市劳动能力鉴定委员会

## 工伤（职业病）鉴定申请材料清单

2024 年版

申请鉴定人姓名： 资料报送县（市、区）：

一、劳动能力初次（复查）鉴定申请表	1 份
二、工伤（职业病）劳动能力鉴定告知书	1 份
三、认定工伤决定书复印件	1 份
四、被鉴定人身份证及复印件	1 份
五、劳动能力鉴定（结论）表（此页只填职工姓名）	1 份
六、医学材料（须盖医院鲜章）	
（一）出院证明、病历资料	
（二）职业病诊断证明书（申请职业病鉴定须提供）	1 份

县（市、区）人社局受理初审意见：

初审人：

（单位盖章）

年 月 日

市劳动能力鉴定委员会受理审核意见：

审核人：

年 月 日

## 劳动能力初次（复查）鉴定申请表

职工 信息栏	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 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 身份证件号码：	
	联系电话（必填一项）： _____（手机） _____（固话）	
	联系地址（邮寄地址）：	
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（邮寄地址）：	
申报 事项 确认栏	申请鉴定类型选择（请在□内打√选择）	
	<b>一、初次鉴定</b> <input type="checkbox"/> 1.劳动功能障碍程度等级鉴定 <input type="checkbox"/> 2.生活自理障碍程度等级鉴定 <input type="checkbox"/> 3.工亡职工供养亲属非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定 <input type="checkbox"/> 4.辅助器具配置确认 <input type="checkbox"/> 5.旧伤复发确认 <input type="checkbox"/> 6.工伤康复必要性及期限确认 <input type="checkbox"/> 7.停工留薪期延长确认 <input type="checkbox"/> 8.其他：	<b>二、复查鉴定</b> <input type="checkbox"/> 1.劳动功能障碍程度等级鉴定 <input type="checkbox"/> 2.生活自理障碍程度等级鉴定 <input type="checkbox"/> 3.其他：  初次鉴定文书号： _____
	申请主体（请在□内打√单项选择） <input type="checkbox"/> 1.用人单位 <input type="checkbox"/> 2.工伤职工或者其近亲属 <input type="checkbox"/> 3.社会保险经办机构	
	申请人签名或者盖章：  年 月 日	申请单位盖章：  年 月 日
	*本人郑重承诺：已准确、完整地填写职工和用人单位有关信息，所提供的诊断证明和相关病历材料均真实、有效，若有造假，自愿承担一切法律责任及后果。	
承 诺 事 项	承诺人：  年 月 日	

## 劳动能力鉴定（结论）表

姓名： \_\_\_\_\_

伤情介绍：

医生签名： \_\_\_\_\_ （医院盖章）  
年 月 日

鉴定依据：  
《劳动能力鉴定职工工伤与职业病致残等级》 \_\_\_\_\_ 级 \_\_\_\_\_ 条

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 \_\_\_\_\_ 护理依赖；  
a) 进食  b) 翻身  c) 大、小便  d) 穿衣、洗漱  e) 自主行动   
3. 配置辅助器具确认 经鉴定 \_\_\_\_\_。

鉴定专家签名  
专家 1： \_\_\_\_\_ 专家 2： \_\_\_\_\_ 专家 3： \_\_\_\_\_ 专家 4： \_\_\_\_\_ 专家 5： \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_。

审核人签名（印章）：  
  
年 月 日

（注：本页劳动能力鉴定委员会留存）