

达州市劳动能力鉴定委员会

关于集中受理劳动能力鉴定申报资料的公告

根据《四川省劳动能力鉴定工作规程》要求和我委工作安排，经研究，定于近期集中受理 2024 年第 1 批劳动能力鉴定申报资料。现将有关事项公告如下：

一、受理时间：2024 年 2 月 19 日至 29 日。

二、申报主体：工伤职工或者其近亲属、用人单位；因病（非因工）申请鉴定劳动能力丧失程度的人员。

三、资料清单：申请人应按要求填写申请表，同步提交下列材料。

（一）工伤职工填写《劳动能力初次（复查）鉴定申请表》（附件 1），因病（非因工）人员填写《因病（非因工）丧失劳动能力鉴定申请表》（附件 2）；

（二）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、检验报告等完整病历材料；

（三）居民身份证或者社会保障卡等其他有效身份证明原件及复印件。

能够通过内部信息共享获取，或者上一个环节已经提交有关申请材料的，申请人不再重复提交。

四、受理地点：市、县（市、区）按属地原则分级受理，按照工伤认定与劳动能力鉴定“一窗受理”要求，申请人向原工伤认定申报地提交劳动能力鉴定资料。有关工作的具体安排请拨打以下联系电话咨询：市本级：0818—2523213；通川区：0818—2377100；达川区：0818—2190288；万源市：0818—8730328；宣汉县：0818—5229536；大竹县：0818—6252165；渠县：0818—7283633；开江县：0818—8236226。

附件：1.达州市工伤职工劳动能力鉴定申请表
2.因病（非因工）致残丧失劳动能力鉴定申请表

达州市劳动能力鉴定委员会

2024年2月18日

附件 1

劳动能力初次（复查）鉴定申请表

工伤 职工 信息 栏	工伤职工姓名：		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 <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 <input type="checkbox"/> 内打√单项选择）		
	一、初次鉴定 <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：_____	二、复查鉴定 <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：_____	
	申请主体（请在 <input type="checkbox"/> 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：		申请单位盖章：	
年 月 日		年 月 日	
承诺 事项	*本人（本单位）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。 承诺人（承诺单位）： 年 月 日		

附件 2

因病（非因工）丧失劳动能力鉴定申请表

职工信息	职工姓名:	
	证件类型: 居民身份证 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 身份证件号码:	
	疾病名称(应与《出院证明》及《病案记录》记载名称相一致,以最严重病情填写):	
	本人或亲属联系电话(必填一项):	(代理人):
	邮寄地址:	
	收件人:	收件人联系电话:
用人单位信息	用人单位名称: 统一社会信用代码:	
	用人单位联系人: 联系电话:	
	邮寄地址:	
	收件人: 收件人联系电话:	
申报事项确认栏	申请鉴定类型选择(请在□内打√单项选择)	
	一、初次鉴定	二、复查鉴定
	<input type="checkbox"/> 1.因病(非因工)丧失劳动能力程度	<input type="checkbox"/> 1.因病(非因工)丧失劳动能力程度
	<input type="checkbox"/> 2.其他	<input type="checkbox"/> 2.其他
申请主体(请在□内打√单项选择)		
<input type="checkbox"/> 1.用人单位 <input type="checkbox"/> 2.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:		申请单位盖章:
年 月 日		年 月 日
承诺事项	*本人(本单位)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。	
	承诺人(承诺单位):	
	年 月 日	