**非因工伤残或因病丧失劳动能力鉴定申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 报 人 员 信 息 栏 | 申请人姓名 |  | 性别 | |  | | 年龄 |  | | 近期一寸  免冠照片 |
| 居民身份证号码 |  | | | 联系电话 | |  | | |
| 联系地址 |  | | | | | | | |
| 单 位 信 息 栏 | 用人单位全称 |  | | | | | | | | |
| 用人单位联系人 |  | | | | 联系电话 | | |  | |
| 联系地址 |  | | | | | | | | |
| 病 情 简 介 | （可由申请人或其近亲属填写并签名，主要介绍发病时间、在何医院就诊、诊断名称、病案号、治疗经过等情况）: | | | | | | | | | |
| 申报材料： 口职工本人身份证复印件； 口《平顶山市职工非因工伤残或因病丧失劳动能力鉴定申请表》(A3正反面）（一式两份，加盖职工所在单位负责部门印章）; 口《单位汇总表》（加盖职工所在单位负责部门印章）; 口2张近期免冠一寸照片。（粘贴在劳动能力鉴定申请表上）; 口病历资料：平顶山定点医疗机构出具的诊断证明书（原件）和经医院加盖印章的住院病历复印件；  注：各县（市、区）人社局、各单位收取职工报名材料时要进行初审，核查病例真伪，对符合申报条件的职工，申报单位要签署明确的审核意见，并加盖公章。 | | | | | | | | | | |
| 本人自愿提出本次鉴定申请，并承诺本表填写的所有内容以及提供的病历、医学检查报告单等资料真实有效。如有弄虚作假或冒名顶替等行为，本人愿意承担相关法律责任。  申请人（签字并按手印）:  申报日期： 年 月 日 | | | | 经审核，该职工所填内容真实有效。如有不实，愿意承担相关责任。同意申请劳动能力鉴定。  经办人： 负责人：  申请单位盖章：   申报日期： 年 月 日 | | | | | | |

|  |
| --- |
| 各伤（病）情检查情况及鉴定依据：  伤（病）种一：  结论：  专家签名： 年 月 日 |
| 伤（病）种二：  结论：  专家签名： 年 月 日 |
| 伤（病）种三：  结论：  专家签名： 年 月 日 |
| 经劳动能力鉴定专家组鉴定，该职工符合《职工非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定  标准（试行）》劳社部发**〔**2002**〕**8号文件规定，符合伤（病）相关条款：  。  最终结论： 丧失劳动能力。  鉴定专家最终结论意见及签字（不少于3名专家签字）:        年 月 日 |

**非因工伤残或因病丧失劳动能力鉴定（结论）表**

**鉴定相关事项告知书**

亲爱的朋友：

对您受到的伤病我们致以诚挚的慰问,我们将竭诚为您服务,祝您早日康复!

为了确保您所提供档案真实有效，使劳动能力鉴定工作更加公平、公正的顺利进行，请您仔细阅读告知事项，如发现存在伪造病历、联合他人造假等骗取社会保险行为，将按照相关法律责任进行追责。

**告知事项**

1.《中华人民共和国刑法》有关规定：以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取养老、医疗、工伤、失业、生育等社会保险金或者其他社会保障待遇的属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为。第二百六十六条【诈骗罪】诈骗公私财物，数额较大的，处三年以下有期徒刑、拘役或者管制，并处或者单处罚金；数额巨大或者有其他严重情节的，处三年以上十年以下有期徒刑，并处罚金；数额特别巨大或者有其他特别严重情节的，处十年以上有期徒刑或者无期徒刑，并处罚金或者没收财产。本法另有规定的，依照规定。

2．河南省高级人民法院、河南省人民检察院《关于我省诈骗犯罪数额认定标准的规定》（豫高法**〔**2013**〕**349 号）我省办理诈骗罪执行的具体数额标准确定如下：诈骗公私财物价值五千元、五万元、五十万元的，应当分别认定为刑法第二百六十六条规定的"数额较大"、"数额巨大"、"数额特别巨大"的起点。

3.《社会保险法》有关规定：第八十八条以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。

4．河南省人社厅、河南省公安厅《河南省查处和防范社会保险欺诈工作联席会议制度》的通知（豫人社办**〔**2020**〕**107号）：凡是以欺诈、伪造证明材料或其他手段骗取社会保险基金支出、社会保险待遇，涉嫌违法犯罪，并符合法律规定标准的案件，人力资源社会保障部门均应依法向同级公安机关移送。

本人已阅读告知事项，承诺所提供材料真实有效并签字确认，遵守劳动能力鉴定的相关规定，配合做好劳动能力鉴定工作。

申请人签字（按手印）: 时间： 年 月 日

**编号**

**平顶山市非因工伤残或因病丧失**

**劳动能力鉴定申请表**

工作单位：

姓 名：

平顶山市劳动能力鉴定委员会 制

2024年版