**PHỤ LỤC SỐ 1**

GIẤY GIỚI THIỆU

**của Người sử dụng lao động hoặc Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phố**

|  |  |
| --- | --- |
| CƠ QUAN CHỦ QUẢN  **TÊN CƠ QUAN, ĐƠN VỊ -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập – Tự do – Hạnh phúc ---------** |
| *Số: ………/GGT* | *……………, ngày……tháng…… năm ……* |

**GIẤY GIỚI THIỆU**

**Kính gửi: Hội đồng Giám định Y khoa**  
.................................................................

Tên cơ quan, đơn vị giới thiệu người lao động.......................................

Trân trọng giới thiệu: Ông/ Bà: .............................. giới tính: □ nam □ nữ

Sinh ngày ……... tháng ……... năm ……...          Số Sổ BHXH: ...................

Số CMND …….......... cấp ngày ……... tháng ……... năm ……... tại ……

Địa chỉ hiện tại: .................................................................................

Nghề nghiệp: ............................ Chức vụ: ...................................................

Là cán bộ/ nhân viên/ thân nhân của ......................................................

Được cử đến Hội đồng Giám định Y khoa .............................................

để giám định mức suy giảm khả năng lao động:

▪ Giám định:  □  lần đầu      □  tái phát         □  tổng hợp         □  khiếu nại

▪ Loại hình giám định:

1. Giám định do tai nạn lao động/ bệnh nghề nghiệp                      □

2. Giám định thực hiện chế độ hưu trí/ mất sức lao động               □

3. Giám định để hưởng chế độ tử tuất hàng tháng                          □

Trân trọng cảm ơn!

|  |  |
| --- | --- |
| ***Các giấy tờ kèm theo,*** gồm có  □  Đơn đề nghị khám giám định khả năng lao động  □  Đơn khiếu nại  □  Biên bản điều tra tai nạn lao động  □  Giấy chứng nhận thương tích  □  Giấy ra viện  □  Hồ sơ người bị bệnh nghề nghiệp  □  Tóm tắt hồ sơ của người lao động  □  Quyết định hưởng trợ cấp tai nạn lao động  □  Biên bản GĐYK các lần khám trước | **LÃNH ĐẠO CƠ QUAN/ĐƠN VỊ** *(Ký tên, đóng dấu)* |

*Ghi chú: Giấy giới thiệu có giá trị trong vòng hai tháng kể từ ngày ký giới thiệu*

**PHỤ LỤC SỐ 2**

GIẤY ĐỀ NGHỊ GIÁM ĐỊNH  
*(Ban hành kèm theo Thông tư số 07/2010/TT-BYT ngày 05 tháng 4 năm 2010 của Bộ Y tế)*

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc  
---------**

**GIẤY ĐỀ NGHỊ**

GIÁM ĐỊNH KHẢ NĂNG LAO ĐỘNG

Kính gửi: ..................................................................................................

Tên tôi là  .............................................   giới tính:   □ nam       □ nữ

Sinh ngày …....... tháng …....... năm …........... Số Sổ BHXH: ...............

Số CMND ……….… cấp ngày …....... tháng …....... năm …........... tại ............

Địa chỉ hiện tại: ................................................................................

Nghề nghiệp: .......................................... Chức vụ: .............................

Là cán bộ/nhân viên của ......................................................................

Tình trạng bệnh tật, thương tật: .....................................................

...............................................................................................................................

Đề nghị được giám định mức độ suy giảm khả năng lao động:

\* Giám định:    □ lần đầu         □  tái phát              □  tổng hợp

\* Loại hình giám định:

1. Giám định do tai nạn lao động                          □

2. Giám định do bệnh nghề nghiệp                       □

3. Giám định thực hiện chế độ hưu trí                  □

4. Giám định để hưởng chế độ tuất hàng tháng    □

Mục đích giám định: làm cơ sở để hưởng chế độ BHXH theo quy định hiện hành.

|  |  |
| --- | --- |
| **Người sử dụng lao động hoặc UBND phường, xã, thị trấn** (Ký tên, đóng dấu) | **Người viết giấy đề nghị** (Ký, ghi rõ họ tên) |

*Ghi chú:*

- Người sử dụng lao động xác nhận đối với Người lao động đang công tác tại cơ quan, xí nghiệp,...

- Ủy ban nhân dân phường, xã, thị trấn xác nhận đối với các trường hợp không công tác tại cơ quan, xí nghiệp,... hoặc khám để thực hiện chế độ tử tuất.

**PHỤ LỤC SỐ 3**

TÓM TẮT HỒ SƠ CỦA NGƯỜI LAO ĐỘNG  
*(Ban hành kèm theo Thông tư số 07/2010/TT-BYT ngày 05 tháng 4 năm 2010 của Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| CƠ QUAN CHỦ QUẢN  **TÊN CƠ QUAN, ĐƠN VỊ -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập – Tự do – Hạnh phúc ---------** |
| Số: ………/GGT | *……………, ngày……tháng…… năm ……* |

**TÓM TẮT HỒ SƠ**

**của người lao động**

**I. THÔNG TIN CHUNG**

Họ và tên: .................................................. Giới tính:   □ nam       □ nữ

Năm sinh: ngày ............ tháng ............ năm ............ Số Sổ BHXH: ....................

Số CMND ................., cấp ngày ........... tháng ........... năm ........... tại ..........

Địa chỉ hiện tại: .....................................................................................................

Nghề nghiệp: .............................................................  Chức vụ: .........................

Bậc nghề: ................................................................. Mức lương: ........................

Đơn vị công tác: ...............................................................................

Thời gian tham gia BHXH: số năm  …..................... số tháng …........................

**II. TÌNH TRẠNG BỆNH TẬT** (nêu những bệnh tật chính ảnh hưởng đến sức khoẻ, lao động trong 5 năm trở lại đây)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Năm | Tên bệnh, tật | Đã được điều trị tại | Thời gian điều trị |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**III. Ý KIẾN NHẬN XÉT VÀ ĐỀ NGHỊ CỦA ĐƠN VỊ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ĐẠI DIỆN CÔNG ĐOÀN** (nếu có) ( Ký tên, đóng dấu) | **ĐẠI DIỆN Y TẾ** (nếu có) ( Ký, ghi rõ chức danh) | **THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ QUẢN LÝ NGƯỜI LAO ĐỘNG** ( Ký tên, đóng dấu) |