**因病或非因工致残人员丧失劳动能力再次鉴定申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 因病或非因工致残被鉴定人信息栏 | 姓名： | | 一寸近期  免冠彩色  照片 |
| 参加职工基本养老保险：是□ 否□ | |
| 初次鉴定机构： 劳动能力鉴定委员会 | |
| 初次鉴定结论：  □1.完全丧失劳动能力 □2.大部分丧失劳动能力  □3.部分丧失劳动能力 □4.未丧失劳动能力及其它（ ） | | |
| 联系电话（必填一项）： （手机） （手机二） | | |
| 指定送达地址：  指定受送达人：  电话（手机）： | | |
| 用人单位信息栏 | 用人单位名称（养老保险参保地）： | | |
| 用人单位联系人： | | |
| 联系电话：（必填一项）： （手机） （手机二） | | |
| 指定送达地址：  指定受送达人： 电话（手机）： | | |
| 申报事项信息栏 | 申请主体(请在□内打√，单项选择)：  □1.用人单位 □2.被鉴定人  □3.近亲属：姓名 ；与被鉴定人关系 ；身份证件号码： | | |
| 申报病残情况：      2.  3.  4. | | |
| 本人/本单位承诺：以上内容及所附其他材料均真实有效，如有虚假，愿承担相关法律责任。  申请人/申请单位签名（盖章）：    年 月 日 | 身份证件复印件粘贴处  （人像面） | |

（注：本页由申请人填写，请准确填写各项信息）

**因病或非因工致残人员丧失劳动能力再次鉴定（结论）表**

|  |
| --- |
| 病残情介绍： |
| 专家组意见：  年 月 日 |
| 劳动能力鉴定委员会结论：（劳动能力鉴定委员会根据专家组意见作出）    年 月 日 |

**填 表 说 明**

1. 申领病残津贴劳动能力再次鉴定人员请下载《因病或非因工致残人员丧失劳动能力再次鉴定申请表》、因病或非因工致残人员丧失劳动能力再次鉴定（结论）表,将此两表正反面打印在一张纸上。

2. 申请人只需填写《因病或非因工致残人员丧失劳动能力再次鉴定申请表》，请准确填写各项信息。

3.被鉴定人是企业在职职工的，申请鉴定时需单位在表上“申请单位盖章”处加盖公章，被鉴定人本人或其近亲属签名。

4.被鉴定人以灵活就业人员身份参加养老保险的，“用人单位信息栏”只需在“用人单位名称”处填写养老保险参保地，如：长春市双阳区社会保险局。

5.填表要字迹工整，书面申请请用钢笔、签字笔填写，“申请人签名”处请手写签名**。**