|  |  |
| --- | --- |
| **11-Thủ tục** | **Giám định để thực hiện chế độ hưu trí trước tuổi quy định đối với người lao động tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc**  |
| **Trình tự thực hiện**  |
|    | **Bước 1:** Người người lao động hoặc thân nhân người lao động gửi hồ sơ xin giám định cho người sử dụng lao động hoặc Bảo hiểm xã hội tỉnh (BHXH)**Bước 2:** Người sử dụng lao động hoặc BHXH cấp tỉnh kiểm tra hồ sơ, nếu đầy đủ và hợp lệ, chậm nhất là trong thời gian 07 ngày làm việc, có trách nhiệm chuyển hồ sơ giám định đến Hội đồng GĐYK. Nếu hồ sơ giám định không hợp lệ, người sử dụng lao động hoặc cơ quan BHXH cấp tỉnh có trách nhiệm trả lời bằng văn bản cho người lao động hoặc thân nhân người lao động.**Bước 3:** Hội đồng giám định y khoa tiếp nhận hồ sơ:- Nếu hồ sơ giám định hợp lệ, trong thời gian 15 ngày, Hội đồng Giám định Y khoa có trách nhiệm tiến hành khám giám định cho người lao động.- Nếu hồ sơ giám định không hợp lệ, trong thời gian 07 ngày làm việc, Hội đồng Giám định Y khoa có trách nhiệm trả lời bằng văn bản cho cá nhân, cơ quan, tổ chức yêu cầu giám định biết.**Bước 4:** Trả kết quả cho người sử dụng lao động hoặc người lao động |
| **Cách thức thực hiện** |
|    | Nộp trực tiếp hoặc qua đường bưu điện |
| **Thành phần, số lượng hồ sơ** |
|    | ***I. Thành phần hồ sơ bao gồm:***1. Giấy giới thiệu của người sử dụng lao động hoặc của BHXH cấp tỉnh (đối với người lao động đang bảo lưu thời gian đóng BHXH) - Mẫu Phụ lục số 12. Giấy đề nghị giám định - Mẫu Phụ lục số 23. Tóm tắt hồ sơ của người lao động - Mẫu Phụ lục số 3***II. Số lượng hồ sơ:*** 01 bộ |
| **Thời hạn giải quyết** |
|    | 15 ngày, kể từ ngày nhận được hồ sơ hợp lệ |
| **Đối tượng thực hiện thủ tục hành chính** |
|    | Cá nhân |
| **Cơ quan thực hiện thủ tục hành chính** |
|    | Hội đồng giám định Y khoa tỉnh |
| **Kết quả thực hiện thủ tục hành chính** |
|    | Biên bản khám giám định |
| **Lệ phí** |
|    | Không có |
| **Tên mẫu đơn, mẫu tờ khai (Đính kèm ngay sau thủ tục này)** |
|    | Phụ lục 1: Giấy giới thiệu của người sử dụng lao động hoặc Bảo hiểm xã hội tỉnh, thành phốPhụ lục 2: Giấy đề nghị giám địnhPhụ lục 3: Tóm tắt hồ sơ của người lao động |
| **Yêu cầu, điều kiện thủ tục hành chính** |   |
|   | Đối với các trường hợp giám định để thực hiện chế độ hưu trí, khoảng cách giữa hai lần giám định tối thiểu là 06 (sáu) tháng. |   |
| **Căn cứ pháp lý của thủ tục hành chính** |   |
|   | 1. Luật Bảo hiểm xã hội số 71/2006/QH11 ngày 29/6/2006;2. Nghị định số 152/2006/NĐ-CP ngày 22/12/2006 của Chính phủ Hướng dẫn một số điều của Luật Bảo hiểm xã hội về bảo hiểm xã hội bắt buộc;3. Nghị định số 68/2007/NĐ-CP ngày 19/4/2007 của Chính phủ Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Bảo hiểm xã hội về bảo hiểm xã hội bắt buộc đối với quân nhân, công an nhân dân và người làm công tác cơ yếu hưởng lương như đối với quân nhân, công an nhân dân;4. Thông tư số 07/2010/TT-BYT ngày 05/4/2010 giám định thương tật lần đầu do tai nạn lao động đối với người lao động tham gia bảo hiểm xã hội bắt buộc |   |

**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 NAMĐộc 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 độnghoặc 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 NAMĐộc 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) |