**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) |