流程图19.工伤康复申请流程图

资料清单：

1.填写《遂宁市工伤职工劳动能力鉴定申请表》1份；

2.《四川省工伤职工康复申请表》1份；

3.《认定工伤决定书》原件；

4.被鉴定人身份证或社保卡正反面复印件1份；

5.医院的门诊诊断证明书、受伤后医院出具的检查报告及病案全套资料各1份（需加盖医院鲜章）；

6.本人近期免冠1寸彩照1张；

7.其康复定点医院出具的康复治疗方案1份。

工伤认定完成

工伤康复申请备案beian

劳动能力鉴定

委员会审核

是

工伤康复必要性

及期限确认

补正材料

否

否

是

提交工伤康复申请beian

结 束

康复治疗

现场申请地址：遂宁市遂州中路682号1303室

经办人：唐艾绮

业务咨询、办理电话：0825-5853153

法定办结时间：110日以内

承诺办结时限：60日以内

现场申请地址：遂宁市遂州中路682号1303室

经办人：唐艾绮

业务咨询、办理电话：0825-5853153

法定办结时间：110日以内

承诺办结时限：60日以内

现场申请地址：遂宁市遂州中路682号1303室

经办人：唐艾绮

业务咨询、办理电话：0825-5853160

法定办结时间：110日以内

承诺办结时限：60日以内

现场申请地址：遂宁市遂州中路682号1303室

经办人：唐艾绮

业务咨询、办理电话：0825-5853153

法定办结时间：110日以内

承诺办结时限：60日以内

模板资料1

劳动能力鉴定申请表

**（工伤职工劳动能力鉴定）**

**年 月 日**

温 馨 提 示

为使您能够顺利进行劳动能力鉴定，请您仔细阅读以下提示。如遇到困难与问题，请随时与劳动能力鉴定服务人员联系。

一、提出劳动能力鉴定申请，需提交以下材料

1.有效的诊断证明、按照医疗机构病历管理有关规定复印或者复制的检查、检验报告等完整有效的病历资料；

2.工伤职工的居民身份证或者社会保障卡等其他有效身份证明原件；

3.按规定填写《遂宁市工伤职工劳动能力鉴定申请表》（申请单位需盖鲜章）；

4.本人近期免冠1寸彩照1张；

5.提供两次工伤认定部位伤情检查报告单原件和胶片，分别为第一次受伤时检查报告单原件和胶片，最近一次检查报告单原件和胶片。

二、填表请注意以下事项

1.填表要字迹工整，书面申请请用钢笔、签字笔填写；

2.填写《遂宁市工伤职工劳动能力鉴定申请表》，由申请人填写，请准确填写各项信息。

遂宁市工伤职工劳动能力鉴定申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工 伤 职 工 信 息 栏 | 工伤职工姓名： | | | |  |
| 工伤认定决定书编号： | | | |
| 证件类型(请在□内打√，单项选择)  居民身份证□ 社会保障卡□ 其他□  证件号码: | | | |
| 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： 指定送达联系电话： | | | | |
| 用  人  单  位  信  息  栏 | 用人单位名称： | | | | |
| 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： 指定送达联系电话： | | | | |
| 申 报 事 项 信 息 栏 | 申请类型选择(请在□内打√)： | | | | |
| 一、初次鉴定  □1.劳动能力鉴定  （含劳动功能障碍程度等级鉴定、生活自理障碍程度等级鉴定）  □2.生活自理障碍程度等级鉴定  □3.辅助器具配置确认  □4.旧伤复发确认  □5.工伤康复必要性及期限确认  □6.停工留薪期延长确认  □7.其他 | 二、复查鉴定  □1.劳动能力鉴定  （含劳动功能障碍程度等级鉴定、生活自理障碍程度等级鉴定）  □2.生活自理障碍程度等级鉴定  □3.其他 | | 三、再次鉴定  □1.劳动能力鉴定  （含劳动功能障碍程度等级鉴定、生活自理障碍程度等级鉴定）  □2.生活自理障碍程度等级鉴定  □3.其他 | |
| 申请主体(请在□内打√，单项选择)：  □1.用人单位 □2.工伤职工  □3.工伤职工近亲属：姓名 ；与工伤职工关系 ；身份证号码：  □4.社会保险经办机构 | | | | |
| 本人承诺：已准确、完整地填写职工和用人单位有关信息，所提供的诊断证明和相关病历均真实、有效，如有虚假，愿承担相关法律责任。  申请人签名（盖章）：  年 月 日 | | 本单位承诺：已准确、完整地填写职工和用人单位有关信息，所提供的诊断证明和相关病历均真实、有效，如有虚假，愿承担相关法律责任。  申请单位签字（盖章）：  年 月 日 | | |

（注：本页由申请人填写，请准确填写各项信息）模板资料2

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 四川省工伤职工康复申请表 | | | | | | | |
|  |  |  | 制表单位:四川省社会保险管理局 | | | | |
| 姓名 |  | 身份证号码 |  | | | | |
| 工伤事故发生时间 |  | | | | | | |
| 工伤认定 伤害部位 |  | | | | | | |
| 工伤职工 本人申请 |  |  |  |  |  |  |  |
| 本人签字（联系电话）： 年 月 日 | | | | | | |
| 用人单位 意见 |  | | | | | | |
| 用人单位（公章） | | | | | | |
| 单位经办人（联系电话）： 年 月 日 | | | | | | |
| 医疗（康复） 机构意见 |  | | | | | | |
| 医疗机构（章） | | | | | | |
| 医 师： 年 月 日 | | | | | | |
| 经办机构 意见 |  | | | | | | |
| 经办机构（章） | | | | | | |
| 经办人： 年 月 日 | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | |
| 表格下载：“四川人社在线公共服务平台” →“通知公告”→“四川省社会保险业务申请表”点击进行下载。 | | | | | | | |