

46.劳动能力鉴定

- 一、服务对象：因伤病存在残疾、影响劳动能力的职工
- 二、受理部门：新乡市人社局劳动能力鉴定委员会
- 三、受理地址：新乡市红旗区新二街与人民东路交汇处东北角市民中心二楼 127 号人社局窗口
- 四、联系人：王炳涵 谢东
- 五、联系电话：0373-3077317
- 六、法定办理时限：60 日
- 七、承诺办理时限：45 日
- 八、收费情况：工伤劳动能力鉴定 300 元/人次，非因工伤残、因病丧失劳动能力鉴定 200 元/人次（收费依据：豫计收费〔2003〕139 号文）
- 九、监督投诉电话：0373-3696600
- 十、设立依据：

《工伤保险条例》《河南省工伤保险条例》
- 十一、受理条件：

职工发生工伤、经治疗伤情相对稳定后影响劳动能力的，或者非因工伤残、因病丧失劳动能力申请提前退休的。
- 十二、申请材料：
 - 1、按规定填写的劳动能力鉴定申请表；
 - 2、工伤认定决定书复印件（工伤）；

3、申请人居民身份证复印件；

4、书面鉴定申请（非因工伤残、因病）；

5、医疗卫生机构出具的被鉴定人伤病诊断证明、诊疗病历等有关资料；属于职业病的，应提供合法有效的职业病诊断（鉴定）证明；

6、申请复查鉴定的，应提交原劳动能力鉴定结论原件。

十三、办理流程：

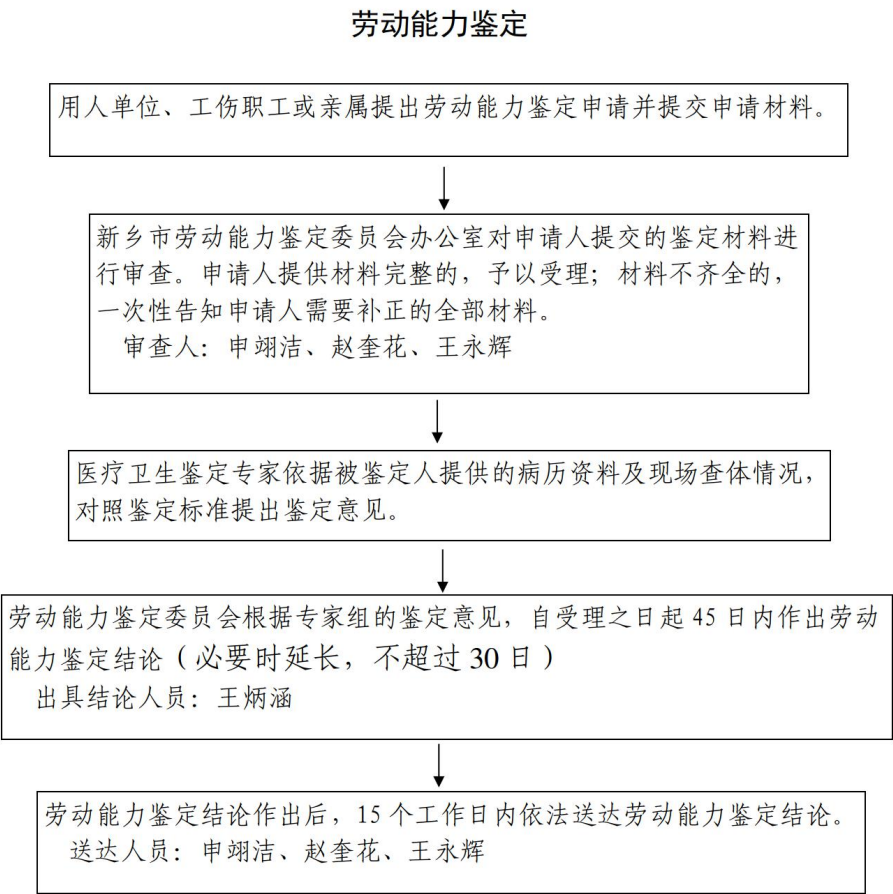
1、单位或个人提出申请

2、材料准备齐后提交至新乡市劳动能力鉴定委员会

3、自受理之日起 45 日内组织医疗卫生专家进行查体，并作出劳动能力鉴定结论（必要时延长，不超过 30 日）

4、依法送达劳动能力鉴定结论文书

十四、办理流程图：



咨询电话：0373-377317

监督电话：0373-3696600

十五、文书格式：

新乡市工伤（职业病）职工劳动能力鉴定申请表

被鉴定人	姓名		性别		出生年月		近期免冠一寸照片
	身份证号码				联系电话		
	通讯地址				邮政编码		
用人单位	单位名称				单位性质		
	联系电话				联系人		
	通讯地址				邮政编码		
工伤认定部位					工伤（职业病）认定单位		
工伤（职业病）认定书编号					工伤（职业病）认定时间		
工伤（职业病）和治疗经过：							
申请鉴定事项： ☐ 1. 初次鉴定； ☐ 2. 护理依赖程度鉴定； ☐ 3. 停工留薪期延长； ☐ 4. 因果关系确认							
用人单位意见： 盖章 年 月 日					申请人签名： 年 月 日		

注：需提交的主要材料有：1、《工伤认定决定书》复印件；2、工伤职工本人身份证复印件；3、工伤职工近期免冠1寸照片一张；4、医疗机构出具的被鉴定人诊疗病历等且加盖医疗机构病历专用章（没有住院的提供门诊治疗病历）；5、职业病鉴定需提供《职业病诊断证明书》和复印件。

专家检查意见：

专家签名：

年 月 日

专家组意见：

依据（参照）中华人民共和国《劳动能力鉴定 职工工伤与职业病致残等级》（GB / T16180-2014）标准中_____级_____条，经专家组研究，建议其伤残等级为_____级，_____生活自理障碍。

专家 1 _____ 专家 2 _____ 专家 3 _____

年 月 日

新乡市劳动能力鉴定委员会意见：

根据中华人民共和国《劳动能力鉴定 职工工伤与职业病致残等级》（GB/T16180-2014）标准，经鉴定，其伤残等级为_____级，_____生活自理障碍。

印章

年 月 日

新乡市非因工伤残或因病丧失劳动能力程度鉴定表

单位代码：

身份证复印件粘贴处		申请人	近期免冠一寸照片
		联系电话	
单位名称		单位联系人	
单位地址		联系人电话	
主要诊断			
伤病情况简述： 医师签字（或盖章）： 年 月 日 医疗单位公章： 年 月 日			
申请人签名： 年 月 日		单位意见： 盖章 年 月 日	
提供资料明细：1.原始病历复印件（需加盖医院红章）；2.身份证复印件；3.个人申请书；4.其他需要提供的材料。			

查体主要所见:

辅助检查结果:

主检医师签名:

年 月 日

专家组意见:

依据《职工非因工伤或因病丧失劳动能力程度鉴定标准（试行）》（劳社部发〔2002〕8号）_____条，经专家组研究，_____丧失劳动能力。

专家 1 _____ 专家 2 _____ 专家 3 _____

年 月 日

劳动能力鉴定委员会意见:

_____丧失劳动能力。

（印章）

年 月 日

注：1.此表一式两份正反面打印；

2.请用钢笔、毛笔填写或打印，字迹清楚，涂改无效。