**PHỤ LỤC III**

***Mẫu III- 01****: Văn bản đề nghị hỗ trợ kinh phí khám bệnh nghề nghiệp/chữa bệnh nghề nghiệp/ phục hồi chức năng lao động/huấn luyện an toàn, vệ sinh lao động*

*(Kèm theo Thông tư số 26/2017/TT-BLĐTBXH ngày 20 tháng 09 năm 2017*

*của Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội)*

UBND/Cơ quan chủ quản(1)… **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**TÊN CƠ SỞ Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**Kính gửi :**

**-** Sở Lao động – Thương binh và Xã hội ………(1)………

I – THÔNG TIN VỀ CƠ SỞ

1. Tên cơ sở đề nghị (2): ……………………………………………………

Địa chỉ (3): . ...................................................................................................

Điện thoại (4): ................................................................................................

Người đại diện (5):………………………… chức vụ ………………………

II – THÔNG TIN VỀ NGƯỜI LAO ĐỘNG VÀ NỘI DUNG YÊU CẦU ĐỀ NGHỊ HỖ TRỢ

1. Danh sách và thông tin về người lao động đề nghị hỗ trợ (6):

2. Nội dung yêu cầu giải quyết (7):

Hỗ trợ chi phí đào tạo chuyển đổi nghề nghiệp, với kinh phí là:…đồng

Hỗ trợ chi phí khám bệnh nghề nghiệp, với kinh phí là:…………đồng

Hỗ trợ chi phí chữa khám bệnh nghề nghiệp, với kinh phí là:……đồng

Hỗ trợ chi phí phục hồi chức năng lao động, với kinh phí là:……đồng

Hỗ trợ chi phí huấn luyện ATVSLĐ, với kinh phí là:…………đồng

3. Yêu cầu khác: (8)................................................................................

4. Hình thức nhận tiền hỗ trợ (9)

Tiền mặt  Tại cơ quan BHXH  Qua tổ chức dịch vụ BHXH

ATM: Chủ tài khoản .............................................. số CMND........................................:Số tài khoản .............................. Ngân hàng .................................................... Chi nhánh

|  |
| --- |
| *......, ngày ....... tháng ..... năm ......*  **GIÁM ĐỐC**  *(Ký, ghi rõ họ tên)* |

**HƯỚNG DẪN LẬP MẪU III-01**

(1) Ghi tên địa phương doanh nghiệp, cơ sở tham gia bảo hiểm tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp cho người lao động được đề nghị giải quyết chế độ;

(2) Ghi đầy đủ tên cơ sở

(3) Ghi đầy đủ địa chỉ nơi cơ sở đóng trụ sở: Số nhà, ngõ (ngách, hẻm), đường phố, tổ (thôn, xóm, ấp), xã (ph­ường, thị trấn), huyện (thị xã, thành phố), tỉnh, thành phố;

(4) Ghi rõ số điện thoại của đơn vị

(5) Ghi tên người đại diện của đơn vị

(6) Ghi danh sách những người lao động được đề nghị giải quyết chế độ cùng với các thông tin theo mẫu III-02 Phụ lục III; III-03 Phụ lục III; III-04 Phụ lục III; III-05 Phụ lục III.

(7) Đánh dấu vào ô tương ứng với nội dung yêu cầu hỗ trợ và ghi rõ số tiền bằng số và bằng chữ

(8) Trường hợp có yêu cầu khác thì ghi rõ nội dung yêu cầu và các thông tin liên quan đến yêu cầu giải quyết.

(9) Đánh dấu vào các ô tương ứng để chọn hình thức nhận tiền hỗ trợ.

Nếu nhận bằng tiền mặt thì đánh dấu tiếp để chọn nơi nhận là tại cơ quan BHXH hay thông qua tổ chức dịch vụ BHXH; nếu nhận thông qua tài khoản ATM thì ghi bổ sung tên chủ tài khoản, số chứng minh nhân dân, số tài khoản, ngân hàng, chi nhánh ngân hàng mở tài khoản

***Mẫu III - 02****: Danh sách đề nghị hỗ trợ chi phí khám bệnh nghề nghiệp*

*(kèm theo Thông tư số26/2017/TT-BLĐTBXH ngày 20 tháng 09 năm 2017*

*của Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội)*

TÊN CƠ SỞ … CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Số TT | Họ và Tên | Ngày tháng năm sinh | Giới tính | Số sổ BHXH/Mã số BHXH | Số CMND/Hộ chiếu/Thẻ căn cước | Số điện thoại  (nếu có) | Công việc đang làm khi phát hiện bệnh nghề nghiệp | Bệnh nghề nghiệp được phát hiện | Kinh phí khám bệnh nghề nghiệp | Ghi chú |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Tổng cộng |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| *.............., ngày ....... tháng ..... năm ......*  **GIÁM ĐỐC** *(Ký, ghi rõ họ tên)* |

***Mẫu III - 03****: Danh sách đề nghị hỗ trợ chi phí chữa bệnh nghề nghiệp*

*(Ban hành theo Thông tư số 26/2017/TT-BLĐTBXH ngày 20 tháng 09 năm 2017*

*của Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội)*

TÊN CƠ SỞ … CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Số TT | Họ và Tên | Ngày tháng năm sinh | Giới tính | Số sổ BHXH/Mã số BHXH | Số CMND/Hộ chiếu/Thẻ căn cước | Số điện thoại  (nếu có) | Công việc đang làm | Bệnh nghề nghiệp khi điều trị | Kinh phí chữa bệnh nghề nghiệp | Ghi chú |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Tổng cộng |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| *.............., ngày ....... tháng ..... năm ......*  **GIÁM ĐỐC**  *(Ký, ghi rõ họ tên)* |

***Mẫu III-04****: Danh sách đề nghị hỗ trợ chi phí phục hồi chức năng lao động*

*(kèm theo Thông tư số 26 /2017/TT-BLĐTBXH ngày 20 tháng 9 năm 2017*

*của Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội)*

TÊN CƠ SỞ … CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Số TT | Họ và Tên | Ngày tháng năm sinh | Giới tính | Số sổ BHXH/Mã số BHXH | Số CMND/Hộ chiếu/Thẻ căn cước | Số điện thoại  (nếu có) | Công việc đang làm | Đơn vị phục hồi chức năng lao động/Bệnh nghề nghiệp | Kinh phí phục hồi chức năng lao động | Ghi chú |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Tổng cộng |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| *.............., ngày ....... tháng ..... năm ......*  **GIÁM ĐỐC**  *(Ký, ghi rõ họ tên)* |

***Mẫu III - 06****: Danh sách đề nghị hỗ trợ chi phí đào tạo chuyển đổi nghề nghiệp*

*(Ban hành theo Thông tư số 26/2017/TT-BLĐTBXH ngày 20 tháng 09 năm 2017*

*của Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội)*

TÊN CƠ SỞ … CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Số TT | Họ và Tên | Ngày tháng năm sinh | Giới tính | Số sổ BHXH/Mã số BHXH | Số CMND/Hộ chiếu/Thẻ căn cước | Số điện thoại  (nếu có) | Công việc khi bị TNLĐ/BNN | Công việc sau khi chuyển đổi nghề | Kinh phí đào tạo nghề | Ghi chú |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Tổng cộng |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| *.............., ngày ....... tháng ..... năm ......*  **GIÁM ĐỐC** *(Ký, ghi rõ họ tên)* |