CƠ QUAN QUẢN LÝ CẤP TRÊN
**TÊN ĐƠN VỊ…………
-------------**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
-----------**

Số: ...............V/v: Giải quyết trợ cấp TNLĐ (BNN**)**đối với ông/bà……………

…., ngày……….tháng……..năm……

**Kính gửi:**Bảo hiểm xã hội …………..

1- Tên, địa chỉ cơ quan, đơn vị quản lý người bị tai nạn lao động/bệnh nghề nghiệp (TNLĐ/BNN): .........................

Số điện thoại (nếu có):………………

2- Thông tin về người bị TNLĐ/BNN:

- Họ tên…………………Số sổ BHXH……………….....

- Số CMND:…………………………….do………………………………..........

cấp ngày…………tháng…………năm………….

- Nghề nghiệp :……………………Đơn vị (hoặc nơi làm việc)……...............

- Địa chỉ nơi cư trú :…………

- Bị TNLĐ/BNN lần thứ……….(1)

3- Tóm tắt quá trình bị TNLĐ/BNN của người lao động (địa điểm, thời gian, nguyên nhân xảy ra TNLĐ/BNN, quá trình điều trị thương tật/bệnh tật, giám định khả năng lao động)…………

Nay đơn vị đã lập đầy đủ hồ sơ theo quy định, đề nghị Bảo hiểm xã hội ........ xem xét, giải quyết chế độ TNLĐ/BNN đối với ông/bà……………./.

**Nơi nhận:**-………….
-…………

**THỦ TRƯỞNG CƠ QUAN ĐƠN VỊ**

(Ký, đóng dấu)

Ghi chú: (1) Nếu bị TNLĐ/BNN lần đầu thì ghi lần thứ nhất, các lần sau ghi theo thứ tự số lần bị TNLĐ/BNN