CƠ QUAN QUẢN LÝ CẤP TRÊN

TÊN ĐƠN VỊ: ............

Số: ..................

V/v giải quyết trợ cấp TNLĐ (BNN) đối với ông/bà ............

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  
----------------

............, 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.