因病或非因公致残人员丧失劳动能力鉴定表

**编号：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被鉴定人信息栏 | 姓名： 联系电话： | | 一寸近期 免冠彩色 照 片 |
| 参加职工基本养老保险：是□ 否□ | |
| 待遇领取地或最后参保地：  □吉林省 □长春市 □其他地区（委托） | |
| 主要病残情况简介（包括主要病残、初发诊断及时间、持续病程、治疗情况、目前病残情况等）： | | |
| 报名信息栏 | 用人单位名称： | | |
| 联系人： 联系电话： | | |
| 联系地址： | | |
| 申  报  事  项  确  认  栏 | 申请鉴定类型  □1、初次鉴定  □2、复查鉴定 | 所属群体 残疾人标识 □（是请打√）  □1、企业职工（含国企改制解除劳动关系人员）  □2、机关、事业单位职工  □3、灵活就业人员 | |
| 申请主体（请在□内打√单项选择）  □1、用人单位　　□2、病残职工或其近亲属　　□3、社保经办机构 | | |
| 申请人签名或盖章： 年　　月　　日 | | |
| 单位、档案托管机构、残疾证核发残联  审查意见（印章加盖处）  年　　月　　日 | 身份证（社会保障卡）  复印件粘贴处  （人像面） | |

劳动能力鉴定（结论）表

|  |
| --- |
| 查体所见及辅助检查结果： |
| 专家组意见：  年　　月　　日 |
| 劳动能力鉴定委员会结论：    年 月 日 |

注：本表一式一份，A4纸反正面打印。如申请人无民事行为能力，可由其监护人签字。