新疆维吾尔自治区因病或非因工致残人员丧失劳动能力再次鉴定申请表

自治区劳鉴 年第 号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 因病或非因工致残被鉴定人信息栏 | 姓名： | | | | | | 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：是□ 否□ | | | | | |
| 证件类型(请在□内打√，单项选择)  居民身份证□ 社会保障卡□ 其他□  证件号码□□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | | | |
| 联系电话（必填一项）： （手机） （手机二） | | | | | | | |
| 指定送达地址：  指定受送达人： 邮编□□□□□□ | | | | | | | |
| 用人单位信息栏 | 用人单位名称： | | | | | | | |
| 用人单位联系人： | | | | | | | |
| 联系电话：（必填一项）： （手机） （手机二） | | | | | | | |
| 指定送达地址：  指定受送达人： 邮编□□□□□□ | | | | | | | |
| 申报事项信息栏 | 申请类型选择(请在□内打√，单项选择)： □初次鉴定 □再次鉴定 | | | | | | | |
| 申请主体(请在□内打√，单项选择)：  □1.用人单位 □2.被鉴定人  □3.近亲属：姓名 ；与被鉴定人关系 ；身份证件号码： | | | | | | | |
| 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）： | | | | | | | |
| 原鉴定结论 |  | 原鉴定部门 |  | | 原鉴定结论送达时间 | |  |
| 本人承诺：以上内容及所附其他材料均真实有效，如有虚假，愿承担相关法律责任。  申请人签名（盖章）：  年 月 日 | | | | 本单位承诺：以上内容及所附其他材料均真实有效，如有虚假，愿承担相关法律责任。  申请单位签字（盖章）：  年 月 日 | | | |

（注：本页由申请人填写，请准确填写各项信息）