

因病或非因工致残人员丧失劳动能力鉴定申请表

所属地：淮南市

被鉴定人信息栏	被鉴定人姓名		职工基本养老保险参保	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		一寸近期免冠彩色照片	
	身份证号 (社会保障卡号)				性别		
	参保/待遇领取地	<input type="checkbox"/> 待遇领取地 <input type="checkbox"/> 最后参保地					
	手机号码	1. 2.					
	送达方式	<input type="checkbox"/> 自行领取 <input type="checkbox"/> 邮寄送达					
	指定送达地址： (或电子送达邮箱地址)						
指定受送达人： 电话： 邮编：							
用人单位信息栏	用人单位名称				单位经办人姓名		
	送达方式	<input type="checkbox"/> 自行领取 <input type="checkbox"/> 邮寄送达			经办人手机号码		
	指定送达地址： (或电子送达邮箱地址)						
指定受送达人： 电话： 邮编：							
申报事项信息栏	本次鉴定类型	<input type="checkbox"/> 初次鉴定 <input type="checkbox"/> 重新鉴定					
	申请主体	<input type="checkbox"/> 1. 用人单位 <input type="checkbox"/> 2. 被鉴定人 <input type="checkbox"/> 3. 近亲属					
	近亲属姓名		关系		身份证号		
	主要病残情况简介（包括初次诊断时间及结论、持续病程、治疗情况、目前主要病残情况等）：						
	申请人（申请单位）承诺：以上填写内容及所附申请材料均真实有效，如有虚假，愿承担相关法律责任。						
申请人签字： (用人单位盖章)						申请时间： 年 月 日	

注：所有选项均为单选，请在□内打√。