**Mẫu số 03E-HSB**

|  |  |
| --- | --- |
| BẢO HIỂM XÃ HỘI …… **BẢO HIỂM XÃ HỘI …… -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  ---------------** |
| Số: ......... /QĐ-BHXH | . . .. . . . ., *ngày . . . tháng . . . năm . . .* |

**Mã số BHXH ……………....**

**QUYẾT ĐỊNH**

**Về việc hưởng trợ cấp tai nạn lao động hằng tháng do vết thương tái phát**

**GIÁM ĐỐC BẢO HIỂM XÃ HỘI................................**

*Căn cứ Luật An toàn, vệ sinh lao động số 84/2015/QH13 (1);*

*Căn cứ Quyết định số . . . ./QĐ-TCCB ngày . . tháng . . . năm . . . của Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam về việc thành lập Bảo hiểm xã hội ......... ;*

*Căn cứ Biên bản giám định khả năng lao động số: ..... ngày ...... tháng ..... năm ..... của Hội đồng giám định y khoa .........................;*

*Căn cứ hồ sơ hưởng trợ cấp tai nạn lao động của ông/bà .......................,*

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Ông/Bà: .................................................Sinh ngày….tháng….năm……

Tên đơn vị sử dụng lao động: . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Bị tai nạn lao động ngày . . . . tháng . . . . . năm . . . . . với mức suy giảm khả năng lao động là: ............ %

Nay thương tật tái phát, giám định lại mức suy giảm khả năng lao động là … %

Được hưởng trợ cấp tai nạn lao động hằng tháng do thương tật tái phát từ tháng… năm…..

**Điều 2.** Mức hưởng trợ cấp như sau:

a. Mức trợ cấp tính theo tỷ lệ suy giảm khả năng lao động: . . . . . . . . . . . .....đồng

b. Mức trợ cấp tính theo thời gian đóng bảo hiểm xã hội: . . . . . . . . . . . . . . đồng

c.Trợ cấp phục vụ (nếu có): . . . . . . . . . . . . . . đồng

Tổng số tiền trợ cấp hằng tháng (a+b+c):. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . đồng

(Số tiền bằng chữ: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .)

d. Mức phí giám định y khoa được hưởng: …............. đồng

e. Hình thức nhận trợ cấp (2): ...................................................................................

**Điều 3.** Các ông, bà Trưởng phòng Chế độ bảo hiểm xã hội, Giám đốc Bảo hiểm xã hội huyện (3) . . . . . . và ông/bà có tên trên chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:*** *-* Ông/Bà..............................; - Lưu hồ sơ. | **GIÁM ĐỐC** *(ký, đóng dấu)* |

***Ghi chú:***

- (1) Đối với trường hợp hưởng trước ngày 01/7/2016 thì thay bằng Luật Bảo hiểm xã hội số 58/2014/QH13.

- (2) Trường hợp nhận bằng tiền mặt thì ghi: “Bằng tiền mặt tại...(thể hiện tên Tổ chức dịch vụ chi trả); Địa chỉ: ....(thể hiện địa chỉ của Tổ chức dịch vụ chi trả)”, nếu nhận qua tài khoản thì ghi “Thông qua tài khoản số ..., chủ tài khoản ..., tên ngân hàng mở tài khoản....,”

- (3) Nếu BHXH huyện giải quyết thì thay cụm từ “Trưởng phòng Chế độ BHXH, Giám đốc BHXH huyện” bằng “Kế toán trưởng”