**三 亚 市 劳 动 人 事 争 议 仲 裁 委 员 会**

**案 件 要 素 调 查 表**

**附件1 （工伤待遇表）**

**填写说明：**

1.本表所列各项内容都是本委查明案件事实所需要了解的，将作为存档的案卷材料，请务必认真阅读，如实填写。

2.请申请人填写“申请人填写栏”内的内容，在“□”打“√”或在横线上填写相关情况，对于您认为与案件无关的项目，可以填“无”或划“/”；对于本表中未涉及的内容，在“需要说明的其他事项”

部分填写。

3.请被申请人、第三人填写“被申请人/第三人填写栏”内的内容，填写时，需首先针对左边栏目中申请人填写的内容做确认或不确认的表示，并在相应的“□”内勾选，对不确认的项目，请在横线上填写

事实或理由。对于申请人未填写的项目，如您认为与案件有关，可以自行填写；对于本表中未涉及的内容，在“需要说明的其他事项”部分填写，填好本表后，请务必在答辩期内将本表交回本委。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申请人填写栏** |  | **被申请人/第三人填写栏**  **（请针对左栏内容逐项填写）** |
| **一、受伤时间**： 年 月 日 | **一、受伤时间**：确认□ 不确认□ |
| **二、是否作出工伤认定：**是□ 否□ | **二、是否作出工伤认定：**确认□ 不确认□ |
| **三、是否作出劳动能力鉴定结论**：是□，否□；如已作出坚定结论，请按劳动能力鉴定结论填写以下内容：  1.伤残等级： 2.医疗终结日期：  3.生活自理障碍等级： 4.是否需要安装辅助器具：  5.其他： | **三、是否作出劳动能力鉴定结论**：确认□ 不确认□  1.伤残等级：确认□ 不确认□ 2.医疗终结日期：确认□ 不确认□  3.生活自理障碍等级：确认□ 不确认□ 4.是否需要安装辅助器具：确认□ 不确认□  5.其他：确认□ 不确认□ |
| **四、是否参加了工伤保险：**是□，否□ | **四、是否参加了工伤保险：**确认□ 不确认□ |
| **五、社保机构是否已支付过工伤待遇：**是□，否□；如已支付，请按工伤待遇决定书填写以下内容：  1.工伤保险计发基数： 元  2.核发的待遇为：①医疗费 元  ②鉴定费 元  ③住院伙食补贴 元  ④一次性伤残补助金 元  ⑤伤残津贴 元  ⑥一次性工伤医疗补助金 元  ⑦其他： 元 | **五、社保机构是否已支付过工伤待遇：**确认□ 不确认□  1.工伤保险计发基数：确认□ 不确认□ 元  2.核发的待遇为：①医疗费：确认□ 不确认□ 元  ②鉴定费：确认□ 不确认□ 元  ③住院伙食补贴：确认□ 不确认□ 元  ④一次性伤残补助金：确认□ 不确认□ 元  ⑤伤残津贴：确认□ 不确认□ 元  ⑥一次性工伤医疗补助金：确认□ 不确认□ 元  ⑦其他：确认□ 不确认□ |
| **六、用人单位是否支付过工伤待遇：**是□，否□；如已支付，请填写已支付的工伤待遇：  1.停工留薪期工资 元  2.护理费 元  3.伤残津贴 元  4.一次性伤残就业补助金 元  5.其他 | **六、用人单位是否支付过工伤待遇：**确认□ 不确认□ 元  1.停工留薪期工资：确认□ 不确认□ 元  2.护理费：确认□ 不确认□ 元  3.伤残津贴：确认□ 不确认□ 元  4.一次性伤残就业补助金：确认□ 不确认□ 元  5.其他 |
| **七、工伤后有无住院治疗**：有□，住院时间为： ，共 天；无□ | **七、工伤后有无住院治疗**：确认□ 不确认□ |
| **申请人填写栏** |  | **被申请人/第三人填写栏**  **（请针对左栏内容逐项填写）** |
| **八、是否有医嘱需要护理：**是□，否□；  如有医嘱，请按医嘱证明（如：住院/出院小结）填写以下内容：  护理期限： ，护理人次 ；  单位是否派人护理：已派人护理□ 未派人护理但已支付护理费 元□ 未派人护理也未支付护理费□ | **八、是否有医嘱需要护理：**确认□ 不确认□  护理期限：确认□ 不确认□ ，护理人次确认□ 不确认□ ；  单位是否派人护理：确认□ 不确认□ |
| **九、个人有无垫付医疗费用**：有□ 元 无□ | **九、个人有无垫付医疗费用**：确认□ 不确认□ |
| **十、员工受伤前三个月的月平均工资数额（不足三个月的按实际工作时间平均计算）：** 元；  **员工受伤前十二个月的月平均工资数额（不足十二个月的按实际工作时间平均计算）：** 元； | **十、员工受伤前三个月的月平均工资数额：**确认□ 不确认□  **员工受伤前十二个月的月平均工资数额：**确认□ 不确认□ |
| **十一、员工受伤后有无再上班：**有□（从 年 月 日开始上班）， 无□  （填写不上班的原因） | **十一、员工受伤后有无再上班：**确认□ 不确认□ |
| **十二、受伤后单位有无支付工资**：有□（已支付 年 月 日至 年 月 日期间的工资共 元）无□。 | **十二、受伤后单位有无支付工资**：确认□ 不确认□ |
| **十三、需要说明的其他事项（可另附纸张书写）：** | **十三、需要说明的其他事项（可另附纸张书写）：** |
| 请对上述内容仔细核对，确认后签名(盖章)。  申请人（代理人）：  年 月 日 | 请对上述内容仔细核对，确认后签字或盖章。  被申请人/第三人：  年 月 日 |