附件

**工伤待遇相关情况**

一、工伤基本情况

1.受伤时间：

年 月 日

2.有否就工伤认定提出行政复议或行政诉讼：□有 □否

3.是否已作出劳动能力鉴定结论：□是 □否

劳动功能障碍等级：

级

有否就劳动能力鉴定结论申请复查鉴定或再次鉴定：□有 □否

经确认的停工留薪期时间：

4.受伤前 12 个月的平均应发工资（不足 12 个月的，按实际月数平均

计算）

元

5.受伤后有无再上班：

□有，上班时间：

□无，原因：

二、住院治疗情况

1.工伤后有无住院治疗：

□有，住院日期：

□无

2.停工留薪期间有无护理需要及事实：

□有，根据医嘱证明（如住院/出院小结），护理期限：

□无



3.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

□未派人护理也未支付护理费

三、工伤保险情况

1.有否已参加工伤保险：是 □否

2.社保机构有否支付工伤待遇：

□有，具体项目是：

□否，未支付原因：

3.用人单位有否支付工伤待遇：

□有，已支付以下工伤待遇：

□否

4.本人有否支付工伤相关费用：

□有，费用包括：医疗费

元；鉴定费

元；

其他：

□否

申请人（代理人）：

年

月

日

