# TÊN CƠ QUAN, TỔ CHỨC CHỦ QUẢN CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

**Mẫu số 03A-HSB**

**BẢO HIỂM XÃ HỘI .......(1)..... 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**

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

*Căn cứ Luật An toàn, vệ sinh lao động số 84/2015/QH13 (2);*

*Căn cứ Quyết định số ............ ngày ... tháng ... năm .... của ............... về việc thành lập Bảo hiểm xã hội .......;*

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

*Theo đề nghị tại Công văn số .... ngày .... tháng .... năm ...... của ................. và hồ sơ 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 ..................................... ...........................................

Tổng thời gian đóng bảo hiểm vào quỹ tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp bắt buộc đến ngày.../tháng....../năm.... là.....năm.....tháng.

Mức tiền lương làm căn cứ tính trợ cấp tai nạn lao động: ....... đồng

Tỷ lệ suy giảm khả năng lao động ... %

Được hưởng trợ cấp tai nạn lao động hằng tháng từ tháng ... năm ...

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

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

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

3. Trợ cấp người phục vụ (nếu có): . . . . . . . . . . . . . . đồng

Tổng số tiền trợ cấp hằng tháng ((1)+(2)+(3)): . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . đồng

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

4. Mức phí giám định y khoa được hưởng: ..................................... đồng

5. Hình thức nhận trợ cấp (3): ............................................................................

**Điều 3.** Các ông, bà Trưởng phòng Chế độ BHXH, Giám đốc BHXH ......(4) . . . . . . . . . . . . . . . . . và ông/bà có tên trên chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:***  *-* Ông/Bà tại Điều 1;  - Đơn vị SDLĐ;  - Lưu hồ sơ. | **GIÁM ĐỐC**  *(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |

***Ghi chú:***

(1) Ghi tên cơ quan BHXH nơi ban hành quyết định;

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

(3) 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....,”

(4) Ghi theo tên cơ quan BHXH cơ sở. Nếu BHXH cơ sở giải quyết thì thay cụm từ “Trưởng phòng Chế độ BHXH, Giám đốc BHXH .....” bằng “Kế toán trưởng, Phụ trách chế độ BHXH/cán bộ giải quyết chế độ BHXH”.