**Mẫu số 03B-HBQP**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BỘ QUỐC PHÒNG **BẢO HIỂM XÃ HỘI -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  ---------------** | |
| Số: ……../QĐ-BHXH | *Hà Nội, ngày…... tháng…... năm …...* | |
|  | | **TRỢ CẤP TNLĐ/BNN MỘT LẦN SỐ SỔ BHXH... SỐ ĐỊNH DANH...** |
|  |  |  |

**QUYẾT ĐỊNH**

**Về việc hưởng trợ cấp TNLĐ/BNN một lần**

**GIÁM ĐỐC BẢO HIỂM XÃ HỘI BỘ QUỐC PHÒNG**

Căn cứ Luật Bảo hiểm xã hội số 58/2014/QH13 ngày 20/11/2014 (1);

Căn cứ Quyết định số 79/2008/QĐ-BQP ngày 29/5/2008 của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng về việc thành lập Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng;

Căn cứ Biên bản giám định suy giảm khả năng lao động (KNLĐ) số:....... ngày ….../……/……. của Hội đồng Giám định y khoa ……………………………………….;

Theo đề nghị tại Công văn số:............. ngày……/…../……. của ……………. và hồ sơ TNLĐ/BNN của đồng chí ……………………………….

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Đồng chí: …………….………………………………… Nam (nữ): ………………

Sinh ngày: ……../ ……/……... số sổ BHXH …………………………………………….

Cấp bậc, chức vụ, chức danh, nghề nghiệp: ……………………………….………………….

……………………………………………………………………………………………………..

Đơn vị: ……………………………….……………………………………………………………

Bị TNLĐ/BNN ngày: ……/......./…………………………………………………………………

Tổng số thời gian đóng BHXH bắt buộc đến tháng: ……/ …… là .......... năm …… tháng

Mức tiền lương hoặc thu nhập làm căn cứ tính trợ cấp TNLĐ/BNN: …………………đồng

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

Được hưởng trợ cấp TNLĐ/BNN một lần.

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

a) Mức trợ cấp tính theo tỷ lệ suy giảm KNLĐ: …………………………….. đồng

b) Mức trợ cấp tính theo thời gian đóng BHXH: …………………………… đồng

Tổng số tiền trợ cấp một lần (a+b). ……………………..……………………. đồng

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

Nơi nhận trợ cấp: Tài chính đơn vị.

**Điều 3.** Các đồng chí Trưởng phòng Chế độ chính sách BHXH Bộ Quốc phòng, Thủtrưởng đơn vị và đồng chí có tên trên chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:*** - Cá nhân;  - Tài chính đơn vị; - Cơ quan nhân sự trực thuộc Bộ; - Lưu: BHXH BQP. | **GIÁM ĐỐC** *(ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu)* |

***Ghi chú:***

*(1) Trường hợp TNLĐ/BNN hưởng từ ngày 01/7/2016 trở đi thì thay bằng “Luật An toàn, vệ sinh lao động số 84/2015/QH13 ngày 25/6/2015”;*

*- TNLĐ/BNN: Nếu là TNLĐ thì không hiển thị BNN và ngược lại.*