# BẢO HIỂM XÃ HỘI ………. CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

**Mẫu số 03A-HSB**

**BẢO HIỂM XÃ HỘI ............ 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 hàng tháng**

###### **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 . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ;

 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 hàng tháng 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 người phục vụ (nếu có): . . . . . . . . . . . . . . đồng

Tổng số tiền trợ cấp hàng 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 BHXH, Giám đốc BHXH huyện (3) . . . . . . . . . . . . . . . . . và ông/bà có tên trên chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:****-* Ông/Bà..............................;- Đơn vị sử dụng lao động;- Lưu hồ sơ (01 bản). | **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”, nếu nhận qua tài khoản thì ghi “Thông qua tài khoản, số tài khoản...., tên ngân hàng mở tài khoản...., chi nhánh 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”.