

فرم شماره یک
(فرم درخواست انفرادی)

اداره کل تعاون کار و رفاه اجتماعی استان
درخواست بررسی و تطبیق مشاغل بیمه شده در کارهای سخت و زیان آور

الف) مشخصات بیمه شده: اینجانب بیمه شده صندوق تأمین اجتماعی با مشخصات ذیل ضمن مطالعه دستورالعمل پشت فرم، درخواست خود را جهت بررسی ارائه می نمایم:
نام: نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: شماره شناسنامه: محل صدور:
کد ملی: شماره بیمه شده: کد کارگاه: تلفن: تلفن همراه:
نشانی محل سکونت متقاضی: نشانی آخرین محل اشتغال متقاضی:
ب) مشاغل مورد ادعای بیمه شده: تلفن:

ردیف	نام شرکت / کارگاه	قسمت محل اشتغال	شغل مورد ادعا	نوع آلاینده	میزان تعاس	تاریخ شروع بکار	تاریخ خاتمه کار	شعبه پرداخت حق بیمه
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								
۸								
۹								
۱۰								

***** متقاضی محترم لطفا در این قسمت چیزی ننویسید *****

هـ) رای کمیته بدوی استانی موضوع ماده ۸ آیین نامه اجرایی

ردیف	مخالف	موافق	اقت	ب	ردیف	مخالف	موافق	اقت	ب	ردیف	مخالف	موافق	اقت	ب	ردیف	مخالف	موافق	اقت	ب	
۱					۱					۱					۱					
۲					۲					۲					۲					
۳					۳					۳					۳					
۴					۴					۴					۴					
۵					۵					۵					۵					
۶					۶					۶					۶					
۷					۷					۷					۷					
۸					۸					۸					۸					
۹					۹					۹					۹					
۱۰					۱۰					۱۰					۱۰					

ردیف	مخالف	موافق	اقت	ب	ردیف	مخالف	موافق	اقت	ب	ردیف	مخالف	موافق	اقت	ب	ردیف	مخالف	موافق	اقت	ب	
۱					۱					۱					۱					
۲					۲					۲					۲					
۳					۳					۳					۳					
۴					۴					۴					۴					
۵					۵					۵					۵					
۶					۶					۶					۶					
۷					۷					۷					۷					
۸					۸					۸					۸					
۹					۹					۹					۹					
۱۰					۱۰					۱۰					۱۰					

نتیجه نهایی آراء
جلسه مورخ.....

معاون روابط کار یا رئیس اداره بازرسی کار اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی استان	معاون امور بیمه ای اداره کل تأمین اجتماعی استان یا نماینده وی	کارشناس مسئول بهداشت حرفه ای معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی استان	نماینده کارگران	نماینده کارفرمایان
نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی	نام و نام خانوادگی
امضاء	امضاء	امضاء	امضاء	امضاء

- به اتفاق / با اکثریت آراء اعضاء حاضر شغل ردیف درخواست در گروه **الف** / **ب** مشاغل سخت و زیان آور تایید می نماید.
- به اتفاق / با اکثریت آراء اعضاء حاضر شغل ردیف درخواست در گروه **الف** / **ب** مشاغل سخت و زیان آور تایید می نماید.
- به اتفاق / با اکثریت آراء اعضاء حاضر شغل ردیف درخواست در گروه **الف** / **ب** مشاغل سخت و زیان آور تایید می نماید.
- به اتفاق / با اکثریت آراء اعضاء حاضر شغل ردیف درخواست به دلیل عدم استمرار عوامل زیان آور در محیط کار تایید نمی نماید.

بر اساس تبصره ۵ جزء الف ماده ۸ آیین نامه اجرایی حداکثر مهلت اعتراض به آراء کمیته بدوی استانی ۱۵ روز اداری از تاریخ تحویل و نوشتن نتیجه نهایی آراء به متقاضی می باشد.

د) شرح دلایل، مدارک و مستندات متقاضی مبنی بر سخت و زیان آور بودن مشاغل مورد ادعا (مستندات پیوست شود):

آدرس کارگاههای سابق

روش تکمیل کرم درخواست بررسی مشاغل سخت و زیان آور

الف: مشخصات بیمه شده

متقاضی در این قسمت مشخصات دقیق خود شامل " نام"، " نام خانوادگی"، " نام پدر"، " محل صدور"، " تاریخ تولد"، " شماره شناسنامه"، " کد ملی" و " شماره بیمه شده" همچنین " نشانی و تلفن محل سکونت" و " نشانی و تلفن آخرین محل اشتغال" را نوشته و در محل مورد نظر (امضاء متقاضی) امضاء می نماید.

ب: جدول مشاغل مورد ادعا بیمه شده

ردیف	نام شرکت / کارگاه	قسمت محل اشتغال	نسل مورد ادعا	نوع آلاینده	میزان تماس	تاریخ شروع بکار	تاریخ خاتمه کار	شعبه پرداخت بیمه
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								

* در جدول مشاغل مورد ادعا که دارای ۱۰ ردیف است، متقاضی حداکثر می تواند ۱۰ کارگاه یا ۱۰ شغل خود را نوشته و در صورت داشتن سابقه کار در بیش از ۱۰ کارگاه یا ۱۰ شغل، کرم دیگری درخواست نموده و تکمیل نماید (از بدو استخدام ناکتون).

* نام شرکت/کارگاه: در داخل ستون مربوط به " نام شرکت/کارگاه" متقاضی می بایست نام دقیق شرکت یا کارگاه مبدا را که در آن سابقه به کار داشته و دارد را بر نماید.

* قسمت محل اشتغال: در داخل ستون مربوط به " قسمت محل اشتغال" دقیقاً محل اشتغال کارگر، نوشته شود.

* شغل مورد ادعا: این ستون از مهمترین ستونهای است که بر کردن آن دقت بسیار زیادی لازم دارد

- در داخل ستون مربوط به عنوان شغل می بایست دقیقاً عنوان شغلی که در لیست بیمه ثبت شده و به تأمین اجتماعی ارسال شده، نوشته شود.

* تاریخ شروع به کار و تاریخ خاتمه کار: در این قسمت تاریخ شروع به کار و خاتمه کار در هر شغل یا در هر کارگاه می بایست نوشته شود.

* شعبه پرداخت حق بیمه: در این ستون می بایست شعبه بیمه تأمین اجتماعی و یا محل کار متقاضی که حق بیمه هر کارگاه به آن واریز شده است نوشته شود.

توجه: براساس ماده ۳ دستورالعمل اجرایی به فرمهای ناقص رسیدگی نخواهد شد، لذا:

۱. فرم می بایست بدون قلم خوردگی و لاک گرفتن تکمیل شود.

۲. در صورت تکراری بودن کارگاه یا شغل یا شعبه تأمین اجتماعی از خط چین، و خالی گذاردن ستون مربوطه خودداری نموده و نام دقیق کارگاه، شغل یا شعبه تأمین اجتماعی نوشته شود.

* متقاضی محترم لطفاً پس از تکمیل قسمتهای (الف، ب، ج و د) این فرم، نام و نام خانوادگی خود را در پایین این صفحه نوشته و امضاء نماید.

محل امضاء متقاضی و اثر انگشت

نام و نام خانوادگی متقاضی: