فرم شماره یک (۱) | **اداره کل تعاون ،کارورفاه اجتماعی استان** | **شماره ثبت:**

(فرم درخواست انفرادی) | **دبیرخانه مشاغل سخت وزیان آور** | **تاریخ ثبت:**

درخواست بررسی و تطبیق مشاغل بیمه شده در کارهای سخت وزیان آور

الف) **اینجانب** بیمه شده صندوق تأمین اجتماعی با مشخصات ذیل ضمن **مطالعه دستورالعمل پشت فرم**، درخواست خود را جهت بررسی ارائه می‌نمایم:

نام: نام خانوادگی : نام پدر: محل صدور: تاریخ تولد:

شماره شناسنامه: کد ملی: شماره بیمه شده: تاریخ ومحل امضاء

نشانی و تلفن محل سکونت متقاضی:

نشانی و تلفن آخرین محل اشتغال متقاضی:

ب) مشاغل و پست‌های مورد ادعای بیمه شده:

ردیف	نام شرکت /کارگاه	فعالیت کارگاه/محصول تولیدی	شغل مورد ادعا	پست مورد ادعا	شهر محل اشتغال	شعبه پرداخت حق بیمه

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

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

مدیر روابط کار یارئیس 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 حرفه‌ای معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی استان**					**نماینده کارگران**					**نماینده کارفرمایان**					**نتیجه نهایی آراء**				
ردیف	مخالف	موافق	الف	ب	ردیف	مخالف	موافق	الف	ب	ردیف	مخالف	موافق	الف	ب	ردیف	مخالف	موافق	الف	ب	ردیف	مخالف	موافق	الف	ب	ردیف	مخالف	موافق	الف	ب
۱																													
۲																													
۳																													
۴																													
۵																													
نام و نام خانوادگی					**نام و نام خانوادگی**					**نام و نام خانوادگی**					**نام و نام خانوادگی**					**نام و نام خانوادگی**					**نتیجه نهایی آراء در جلسه**				
امضاء					**امضاء**					**امضاء**					**امضاء**					**امضاء**					**مورخ:**				

کمیته بدوی مو ضوع ماده ۸ آیین نامه م شاغل سخت وزیان آورمو ضوع بند ۵ جزء ب ماده واحده قانون ا صلاح تب صره ۲ الحاقی ماده ۷۶ قانون تأمین اجتماعی م صوب سال ۱۳۸۰ مو ضوع ت صویبنامه شماره ۱۵۳۶۵/ت ۳۶۰۰ هـــ مورخ ۱۳۸۶/۲/۵ هیأت وزیران با ح ضور ام ضاءکنندگان ذیل به منظور برر سی درخوا ست فردی آقا/خانم ..... تشکیل و حسب گزارش کارشناسان موضوع ماده ۲ وتبصره ذیل آن و بررسی اوراق و مدارک موجود در پرونده و با در نظر گرفتن جمیع جهات اقدام به صدور رأی نمود.

(مشاغل ردیف های) .....که در گروه (الف) / (ب) قرار دارند ، به (اتفاق آراء)/ (با اکثریت آراء) سخت وزیان آور شناخته شُد.

(مشاغل ردیف های) .....به (اتفاق آراء)/ (با اکثریت آراء) سخت وزیان آور شناخته نَشد.

۱-کمیته‌های استانی مسئولیت بررسی تطبیق و تشخیص مشاغل سخت و زیان‌آور مورد ادعای متقاضیان را دارند و مسئولیت احراز سابقه اشتغال متقاضی در مشاغل و پست های مورد ادعا و بررسی شرایط بازنشستگی صرفاً به عهده سازمان تأمین اجتماعی می‌باشد.

۲-به استناد تبصره ۵ ماده ۸ آیین نامه مشاغل سخت و زیان آور مصوب سال ۱۳۸۶ هیأت وزیران، رأی کمیته بدوی ظرف پانزده روز اداری از تاریخ ابلاغ قابل تجدید نظر خواهی است.

۳-به استناد تبصره ۲ ماده ۱۶ قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب ۱۳۹۲، رأی صادره ظرف مدت ۳ ماه از تاریخ ابلاغ برای اشخاص داخل کشور و ظرف شش ماه از تاریخ ابلاغ برای افراد مقیم خارج از کشور قابل فرجام خواهی در دیوان عدالت اداری خواهد بود.

ج)شرح وظایف :

د)شرح دلایل ،مدارک ومستندات (پیوست شود):

روش تکمیل فرم درخواست بررسی مشاغل سخت وزیان آور

الف: مشخصات بیمه شده

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

ب :جدول مشاغل و پست های مورد ادعای بیمه شده :

ردیف	نام شرکت/کارگاه	فعالیت کارگاه/محصول تولیدی	شغل مورد ادعا	پست مورد ادعا	تاریخ شروع به کار	تاریخ خاتمه کار	شعبه پرداخت حق بیمه
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							

- درجدول مشاغل مورد ادعا که دارای **۵ ردیف** است ، متقاضی **حداکثر** می تواند **۵ کارگاه یا ۵ شغل یا ۵ پست** خودرا نوشته ودر صورت داشتن سابقه کاردر بیش از **۵ کارگاه یا ۵ شغل یا ۵ پست** ،فرم دیگری درخواست نموده وتکمیل نماید.(از بدو استخدام تا کنون)
- **نام شرکت/کارگاه:** درداخل ستون مربوط به " **نام شرکت/کارگاه** "متقاضی می بایست نام دقیق شرکت یا کارگاه هایی راکه درآن سابقه به کارداشته و دارد را پر نماید.
- **فعالیت کارگاه/محصول تولیدی:** درداخل ستون مربوط به "**فعالیت کارگاه/محصول تولیدی**" دقیقا محصولی که تولید می شود یا فعالیتی که ارائه می گردد، نوشته شود.
- **شغل مورد ادعاو پست مورد ادعا :** این ستون از مهمترین ستونهایی است که پرکردن آن دقت بسیار زیاد ی لازم دارد.
  - درداخل ستون مربوط به **عنوان شغل** می بایست دقیقاً عنوان شغلی که در **لیست بیمه** قید شده وبه تأمین اجتماعی ارسال شده، نوشته شود .
  - چنانچه متقاضی دارای احکام کارگزینی باشد،می بایست عناوین شغلی یا پست براساس احکام کارگزینی نوشته شود.
- **تاریخ شروع به کار وتاریخ خاتمه کار:** دراین قسمت تاریخ شروع به کاروخاتمه کاردرهرشغل یا پست درهرکارگاه می بایست نوشته شود.
- **شعبه پرداخت حق بیمه :**دراین ستون می بایست شعبه بیمه تأمین اجتماعی که حق بیمه هرکارگاه به آن واریز شده است نوشته شود.

توجه :براساس ماده ۳ دستورالعمل اجرایی به فرم های ناقص رسیدگی نخواهد شد لذا :

۱- فرم می بایست بدون قلم خوردگی ولاک گرفتگی تکمیل شود.

۲- فرم می بایست با خودکارآبی وکاملا خوانا تکمیل شود.

۳- درصورت تکراری بودن کارگاه یا شغل یا پست و شعبه تأمین اجتماعی از خط چین، وخالی گذاردن ستون مربوطه خودداری نموده ونام دقیق کارگاه ، شغل یا پست یا شعبه تأمین اجتماعی نوشته شود.

***متقاضی محترم لطفاً پس از تکمیل قسمتهای (الف، ب،ج، د) فرم درخواست انفرادی ((فرم شماره یک) ، نام ونام خانوادگی خودرا در پایین این صفحه نوشته و امضاء نمایید.**

نام ونام خانوادگی متقاضی **محل امضاء واثر انگشت**