

شماره ثبت:	اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی استان	فرم شماره یک (۱)
تاریخ ثبت:	دبیرخانه مشاغل سخت و زیان آور	(فرم درخواست انفرادی)
درخواست بررسی و تطبیق مشاغل بیمه شده در کارهای سخت و زیان 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:
------	---------------	----------	-----------

شماره شناسنامه:	کد ملی:	شماره بیمه شده:
-----------------	---------	-----------------

نشانی و تلفن محل سکونت متقاضی:	تاریخ و محل امضاء:
--------------------------------	--------------------

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.

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

ردیف	مخالف	موافق	ردیف	مخالف	موافق	ردیف	مخالف	موافق	ردیف	مخالف	موافق	ردیف	مخالف	موافق	ردیف	مخالف	موافق	نتیجه نهایی آراء	نماینده کارفرمایان	نماینده کارگران	کارشناس مسئول بهداشت حرفه‌ای معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی استان	معاون امور بیمه ای اداره کل تأمین اجتماعی استان یا نماینده وی	مدیر روابط کار یارئیس بازرسی کار اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی استان		
																								نتیجه نهایی آراء	نماینده کارفرمایان
نام و نام خانوادگی		نام و نام خانوادگی		نام و نام خانوادگی		نام و نام خانوادگی		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 مورخ:		امضاء		امضاء		امضاء	

کمیته بدوی موضوع ماده ۸ آیین نامه مشاغل سخت و زیان آور موضوع بند ۵ جزء ب ماده واحده قانون اصلاح تبصره ۲ الحاقی ماده ۷۶ قانون تأمین اجتماعی مصوب سال ۱۳۸۰ موضوع تصویب نامه شماره ۱۵۳۶۵/ت ۳۶۰۰ مورخ ۱۳۸۶/۲/۵ هیأت وزیران با حضور امضاء کنندگان ذیل به منظور بررسی درخواست فردی آقا/خانم تشکیل و حسب گزارش کارشناسان موضوع ماده ۲ و تبصره 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 و زیان آور شناخته شد.

(مشاغل ردیف های) به (اتفاق آراء) / (با اکثریت آراء) سخت و زیان آور شناخته شد.

۱- کمیته های استانی مسئولیت بررسی تطبیق و تشخیص مشاغل سخت و زیان آور 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 می باشد.

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 و مستندات (پیوست شود):

روش تکمیل فرم 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 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							

- در جدول مشاغل مورد ادعا که دارای **۵ ردیف** است ، متقاضی حداکثر می تواند **۵ کارگاه یا ۵ شغل یا ۵ پست** خود را نوشته و در صورت داشتن سابقه کار در بیش از **۵ کارگاه یا ۵ شغل یا ۵ پست** ، فرم دیگری درخواست نموده و تکمیل نماید. (از بدو استخدام تا کنون)
- **نام شرکت / کارگاه:** در داخل ستون مربوط به " نام شرکت / کارگاه " متقاضی می بایست نام دقیق شرکت یا کارگاه هایی را که در آن سابقه به کار داشته و دارد را پر نماید.
- **فعالیت کارگاه / محصول تولیدی:** در داخل ستون مربوط به " فعالیت کارگاه / محصول تولیدی " دقیقاً محصولی که تولید می شود یا فعالیتی که ارائه می گردد، نوشته شود.
- **شغل مورد ادعا و پست مورد ادعا:** این ستون از مهمترین ستونهایی است که پر کردن آن دقت بسیار زیادی لازم دارد.
 - در داخل ستون مربوط به **عنوان شغل** می بایست دقیقاً عنوان شغلی که در لیست بیمه قید شده و به 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 و تاریخ خاتمه کار:** در این قسمت تاریخ شروع به کار و تاریخ خاتمه کار در هر شغل یا پست در هر کارگاه می بایست نوشته شود.
- **شعبه پرداخت حق بیمه:** در این ستون می بایست شعبه بیمه تأمین اجتماعی که حق بیمه هر کارگاه 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 و لاک گرفتگی تکمیل شود.
- ۲- فرم می بایست با خودکار آبی و کاملاً خوانا تکمیل شود.
- ۳- در صورت تکراری بودن کارگاه یا شغل یا پست و شعبه تأمین اجتماعی از خط چین، و خالی گذاردن ستون مربوطه خودداری نموده و نام 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 و نام خانوادگی خود را در پایین این صفحه نوشته و امضاء نماید.

محل امضاء و اثر انگشت

نام و نام خانوادگی متقاضی