|  |  |
| --- | --- |
| **Tên cơ sở -------** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  ---------------** |
| Số: ………../ | *…….., ngày ….. tháng ….. năm ……….* |

**QUYẾT ĐỊNH BỒI THƯỜNG (TRỢ CẤP) TAI NẠN LAO ĐỘNG**

Căn cứ Nghị định số 45/2013/NĐ-CP ngày 10/5/2013 của chính phủ quy định chi tiết một số điều của Bộ luật lao động về thời giờ làm việc, thời giờ nghỉ ngơi và an toàn lao động, vệ sinh lao động;

Căn cứ Thông tư số 04/2015/TT-BLĐTBXH ngày 02 tháng 02 năm 2015 về việc hướng dẫn thực hiện chế độ bồi thường, trợ cấp và chi phí y tế đối với người lao động bị tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp;

Căn cứ [biên bản điều tra tai nạn lao động](https://luatminhkhue.vn/mau-bien-ban-dieu-tra-tai-nan-lao-dong.aspx) số…. ngày…. tháng…. năm….;

Căn cứ biên bản giám định mức độ suy giảm khả năng lao động số ... ngày ... tháng ... năm ... của Hội đồng Giám định Y khoa hoặc Biên bản xác định người lao động bị chết do tai nạn lao động của cơ quan pháp y số ... ngày ... tháng ... năm….;

Theo đề nghị của ông, bà trưởng phòng (chức năng, nghiệp vụ)

**QUYẾT ĐỊNH**

**Điều 1:** Ông, bà ………………………………………………………………………………

Sinh ngày ... tháng ... năm ...

Chức danh, nghề nghiệp, cấp bậc, chức vụ: ………………………………………………

Cơ quan, đơn vị: ………………………………………………………………………………

Bị tai nạn lao động ngày: …………………………………………………………………….

Mức suy giảm khả năng lao động: ………………………..%

Tổng số tiền bồi thường (hoặc trợ cấp): …………………………………………….. đồng

(Số tiền bằng chữ) ……………………………………………………………………………

Nơi nhận bồi thường (hoặc trợ cấp): ……………………………………………………….

**Điều 2:** Các ông, bà (trưởng phòng chức năng, nghiệp vụ) ……………… và Ông, Bà có tên trên chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **(THỦ TRƯỞNG DOANH NGHIỆP, CƠ QUAN, ĐƠN VỊ……)**  *(Ký tên đóng dấu)* |