

# 单位授权委托书

现委托 张云青 办理 河北华康医药有限公司 (单位)  
的 吴原新 (受伤害职工) 劳动能力鉴定事宜, 代理  
权限: 全权代理, 代领法律文书。

单位签章: ( )

受委托人: 张云青 (签字、手印)

受委托人联系电话: 18513048558

年 月 日



# 劳动能力鉴定申请表

申请人：湖北瑞华精密汽车零部件有限公司

受伤害职工：吴家新

申请人与受害职工关系：职工 劳动失业

申请人地址：黄骅开发区

邮政编码：061100

联系电话：18513048558

填表日期：2025年2月10日

**2025年2月26日**

(沧州市人力资源和社会保障局监制)



## 劳动能力鉴定申请表

工 伤 职 工 信 息 栏	工伤职工姓名： <u>吴冠新</u>		一寸近期 免冠彩色 照片
	工伤认定决定书编号： <u>冀人社认定字[2024]09288208号</u>		
	证件类型(请在□内打√, 单项选择) 居民身份证 <input checked="" type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>		
	身份证件号码： <u>110101199001010017</u>		
	联系电话(必填一项): _____ (手机) _____ (手机二)		
用 人 单 位 信 息 栏	用人单位名称： <u>河北光华康昌汽车部件有限公司</u>		
	用人单位联系人： <u>张清</u>		
	联系电话:(必填一项): <u>18513048558</u> (手机) _____ (手机二)		
	联系地址： <u>黄骅市开发区泰山路</u> 邮编 <u>061100</u>		
申 报 事 项 信 息 栏	申请类型选择(请在□内打√, 单项选择): <input checked="" type="checkbox"/> 初次鉴定 <input type="checkbox"/> 复查鉴定 申请事项选择(请在□内打√, 多项选择): <input checked="" type="checkbox"/> 伤残等级鉴定 <input type="checkbox"/> 生活自理障碍程度确认 <input type="checkbox"/> 停工留薪期确认 <input type="checkbox"/> 延长停工留薪期确认 <input type="checkbox"/> 停工留薪期内因工伤导致死亡的确认 <input type="checkbox"/> 工伤复发确认 <input type="checkbox"/> 供养亲属完全丧失劳动能力鉴定 <input type="checkbox"/> 康复可能性确认 <input type="checkbox"/> 康复延长期确认 <input type="checkbox"/> 工伤直接导致疾病确认 _____ <input type="checkbox"/> 配置辅助器具确认: 申请配置项目: _____ _____ <input type="checkbox"/> 其他: _____		
	申请主体(请在□内打√, 单项选择): <input checked="" type="checkbox"/> 1、用人单位 <input type="checkbox"/> 2、工伤职工或者其近亲属 <input type="checkbox"/> 3、社会保险经办机构		
	本人承诺: 以上内容及所附其他材料均真实有效, 如有虚假, 愿承担相关法律责任。  工伤职工签名、手印: _____ <div style="text-align: right;">年 月 日</div>	本单位承诺: 以上内容及所附其他材料均真实有效, 如有虚假, 愿承担相关法律责任。  申请单位签字(盖章): _____ <div style="text-align: right;">年 月 日</div>	

(注: 本页由申请人填写, 请准确填写各项信息)

