

桂林电子科技大学文件

桂电人〔2020〕14号

关于印发《桂林电子科技大学教职工工伤认定 管理办法（试行）》的通知

各单位、各部门，各教职工：

现将《桂林电子科技大学教职工工伤认定管理办法（试行）》
印发给你们，请遵照执行。

桂林电子科技大学

2020年5月30日

桂林电子科技大学教职工工伤认定 管理办法（试行）

为保障教职工权益，规范教职工工伤认定管理，根据国家《工伤保险条例》（国务院第 375 号令）和广西壮族自治区实施《工伤保险条例》办法等有关文件精神，结合我校实际情况，特制定本办法。

一、切实防范教职工伤害事故的发生

（一）落实二级单位主体责任原则

各单位、各部门的党政主要负责人是本单位、部门劳动安全工作的第一责任人，应结合本单位、部门实际情况，建立健全劳动安全工作制度，保障教职工劳动条件。应加强劳动安全教育，提高教职工劳动安全意识，及时排除办公场所、教学场所、实验场所及其他公共工作活动场所的安全隐患。

（二）坚持预防为主原则

学校及各单位、各部门组织教职工集体活动、选派教职工校外进修、公差时，应将安全工作放在首位，预先做好必要的安全教育工作。为减少伤害事故给学校和教职工造成的损失，各单位、各部门及教职工组织集体活动或校外长期进修的，应预先购买相应的意外伤害保险，并做好保障工作。

（三）严格执行“谁组织、谁负责”原则

各单位、各部门自行组织的体育比赛、体育训练、外出考察及其他各类活动，发生安全事故或发生教职工伤害事故的，责任由所

在单位、部门承担。教职工自发组织的各类活动，发生安全事故或发生教职工伤害事故的，责任由个人承担。因工作过失而发生劳动安全事故或伤害事故的，依法依规追究相关责任人的责任。

二、严格执行教职工工伤认定工作程序

根据现行政策规定，工伤认定、劳动能力鉴定等由桂林市人力资源和社会保障部门负责做出结论。人事处是学校工伤认定工作的业务主管部门。工伤认定依据《工伤保险条例》及广西壮族自治区、桂林市相应政策执行。

（一）工伤事故报告

严格执行工伤事故报告制度，发生工伤事故，所在单位、部门（当事教职工配合）应第一时间调查事故经过，在事故发生后的 3 日内向人事处书面报告。

（二）工伤认定申请

受伤害人、受伤害人家属或者受伤害人所在部门应在事故伤害发生之日起 15 日内提出工伤认定申请，按照要求填写《工伤认定申请表》（见附件），经所在单位、部门审核确认，提交至学校人事处，人事处向桂林市人力资源和社会保障部门提出工伤认定申请。超过规定时效的，原则上学校不再受理工伤认定申请。

（三）劳动能力鉴定

教职工发生工伤，经治疗伤情相对稳定后存在残疾、影响劳动能力，需要进行劳动能力鉴定的，由受伤教职工本人提出劳动能力鉴定申请并附相关材料（按桂林市人力资源和社会保障部门要求执

行)，经人事处复核后，向桂林市人力资源和社会保障部门提出劳动能力鉴定申请。

三、工伤认定相关规定

（一）各单位、各部门在核查工伤认定申请材料时，必须核查事故（特别是因公外出、上下班途中、集体活动）发生的时间、地点、原因、经过、当事人、见证人等准确信息，严格杜绝调查不清、证据不足、违背事实、弄虚作假等行为的发生。

（二）教职工个人未在规定的时间内提出工伤认定或劳动能力鉴定申请等相关材料的，视作自动放弃认定资格。未能在规定的时限内提交相关材料，给学校或教职工造成的工伤费用损失由个人承担。

（三）工伤认定及劳动能力鉴定申请材料需由学校签章或证明的，必须经由人事处审核。未经人事处审核的，不得以学校的名义给予签章或出具证明。

四、附则

（一）本办法规定的工伤认定范围为学校全体在职教职工，包括事业编制、非实名编、人事代理人员。其他人员发生伤害事故的，按国家有关规定和签订的聘用合同（协议）执行。

（二）本办法自发布之日起执行，之前相关文件与本办法不一致的，以本办法为准。其他未提及事项按国家和上级有关政策规定执行。本办法由人事处负责解释。

附件

工 伤 认 定 申 请 表

受伤害职工所在用人单位：

申请人：

受伤害职工：

申请人与受伤害职工关系：

申请人详细地址：

邮政编码：

联系人：

联系电话(办公电话/手机)：

填表日期： 年 月 日

桂林市人力资源和社会保障局制

填表说明

1. 用钢笔或签字笔填写，字体工整清楚。
2. 申请人为用人单位或工会组织的，在首页名称处加盖公章。
3. 事业单位职工填写职业类别，企业职工填写工作岗位（或工种）类别。
4. 伤害部位一栏填写受伤的具体部位。
5. 诊断时间一栏，职业病者，按职业病确诊时间填写；受伤或死亡的，按初诊时间填写。
6. 事故类别指按国家标准《企业职工伤亡事故分类》分类，如：机械伤害、物体打击等。
7. 职业病名称按照职业病诊断证明书或者职业病诊断鉴定书填写，接触职业病危害时间按实际接触时间填写。不是职业病的，不填。
8. 受伤害经过简述、应写清事故时间、地点，当时所从事的工作，受伤害的原因以及伤害部分和程度。
职业病患者应写清在何单位从事何种有害作业，起止时间，确诊结果。
属于下列情况应提供相关的证明材料：
 - （1）因履行工作职责受到暴力伤害的，提交公安机关或人民法院的判决书或其他有效证明；
 - （2）上下班途中，受到非本人主要责任的交通事故或者城市轨道交通、客运轮渡、火车事故伤害的，提交公安机关交通管理部门或者其他相关部门的证明、房产证明、户口证明等；
 - （3）因工外出期间，由于工作原因受到伤害或者发生事故下落不明的，提交公安部门的证明或者相关部门的证明；发生事故下落不明的，认定因工死亡提交人民法院宣告死亡的结论；
 - （4）在工作时间和工作岗位，突发疾病死亡或者在 48 小时之内经抢救无效死亡的，提交医疗机构的抢救证明
 - （5）属于抢险救灾等维护国家利益、公共利益活动中收到伤害的，按照法律法规规定，提交有效证明；
 - （6）属于因战、因公负伤致残的转业、复员军人，旧伤复发的，提交《革命伤残军人证》及劳动能力鉴定机构对旧伤复发的诊断证明；
 - （7）与工伤事故相关的其他材料。
9. 受伤害职工或亲属意见栏应写明是否同意申请工伤认定，以上所填内容是否真实。
10. 用人单位意见栏，单位应签署是否同意申请工伤，所填情况是否属实，如不同意申请工伤，请说明理由，法定代表人签字并加盖单位公章。
11. 人力资源和社会保障行政部门审查资料和受理意见栏应填写补正材料的情况，是否受理的意见。

职工姓名		性别		出生日期	年 月 日
身份证号码				联系电话	
家庭地址				邮政编码	
工作单位				联系电话	
单位地址				邮政编码	
职业、工种或工作岗位				参加工作时间	
是否参加工伤保险	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			事故时间 (填写到时、分钟)	
事故地点				诊断时间	
事故主要原因				事故类别	
伤情诊断				职业病名称	
接触职业病危害岗位				接触职业病危害时间	
<p>受伤害经过简述（可附页）</p>					

受伤职工或亲属意见：

签字：

年 月 日

用人单位意见：

法定代表人签字：

（单位公章）

年 月 日

人力资
源和社
会保障
行政部
门审核
资料和
受理意
见

经办人签字：

年 月 日

负责人签字：

（公章）

年 月 日

备注：

工伤认定申请材料登记表

序号	材料名称	页数	申请经手人	交材料时间	接受人	接收时间

