

BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM  
/VIETNAM SOCIAL SECURITY

BẢO HIỂM XÃ HỘI TỈNH/TP.....

(PROVINCE/CITY) SOCIAL SECURITY OFFICE

Số: ..... /QĐ-BHXH

No:...../QĐ-BHXH

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

THE SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM

Independence - Freedom - Happiness

....., ngày ... tháng ... năm ...

....., day.....month.....year.....

TRỢ CẤP TNLD 1 LẦN

SỐ SỔ BHXH.....

SỐ ĐỊNH DANH.....

MONTHLY WORK INJURY  
ALLOWANCE

NUMBER OF SOCIAL  
INSURANCE BOOK.....

IDENTIFICATION NUMBER.....

## QUYẾT ĐỊNH

### Về việc hưởng trợ cấp tai nạn lao động hàng tháng

## DECISION

### On enjoyment of monthly work injury allowance

**GIÁM ĐỐC BẢO HIỂM XÃ HỘI TỈNH, THÀNH PHỐ .....**

**DIRECTOR OF THE (PROVINCE/CITY) SOCIAL SECURITY**

Căn cứ Luật Bảo hiểm xã hội số 58/2014/QH13 (1);

*Pursuant to Law No. 58/2014/QH13 on Social Insurance (1);*

Căn cứ Quyết định số ...../QĐ-TCCB ngày ... tháng ... năm ... của Tổng Giám đốc Bảo hiểm xã hội Việt Nam về việc thành lập Bảo hiểm xã hội tỉnh/thành phố ..... ;

*Pursuant to the Director General of the Vietnam Social Security's Decision No...../QĐ-TCCB of.....(day).....(month).....year..... on the establishment of the social security office of.....(province/city);*

Căn cứ Biên bản giám định khả năng lao động số: ..... ngày ..... tháng ... năm ..... của Hội đồng giám định y khoa .....

*Pursuant to written record of assessment of the working capacity No.....of .....(day).....(month).....(year).....made by the Medical Assessment Council.....;*

Theo đề nghị tại công văn số .... ngày .... tháng .... năm ..... của ..... và hồ sơ của ông, bà .....

*At the proposal specified in Official Letter No.....(day).....(month).....(year).....and the dossier of Mr/Ms.....,*

## QUYẾT ĐỊNH DECISION

**Điều 1:** Ông/Bà

**Article 1:** Mr/Ms: .....  
Sinh ngày. . . . . tháng. . . . . năm . . . . . /Date of birth: (day). . . . . (month) . . . . (year) . . .

Số sổ BHXH/Number of social insurance book: .....

Chức danh, nghề nghiệp, cấp bậc, chức vụ/Title, occupation, rank, position: .....

Cơ quan, đơn vị/Agency, unit: .....

Bị tai nạn lao động ngày/Having a work injury on .....

Tổng thời gian đóng BHXH bắt buộc đến tháng . . . . . năm . . . . . là . . . . . năm . . . . . tháng  
/Total duration of compulsory social insurance premium payment through  
. . . . . month . . . . . year is . . . . . year(s) . . . . . month(s)

Mức tiền lương hoặc thu nhập làm căn cứ tính trợ cấp TNLD: . . . . . đồng  
Level of salary or income used as a basis for calculation of occupational accident  
allowance: VND.....

Tỷ lệ suy giảm khả năng lao động/Working capacity decrease rate:  
..... %

Được hưởng trợ cấp tai nạn lao động hàng tháng từ tháng.....năm .....

/ Enjoying the monthly work injury allowance from (month)..... (year).....  
**Điều 2/Article 2:** Mức hưởng trợ cấp như sau/ Levels of allowances are prescribed as follows:

a. Mức trợ cấp tính theo tỷ lệ suy giảm KNLD: . . . . . đồng/VND  
Level of allowance calculated based on the working capacity decrease rate:  
VND.....

b. Mức trợ cấp tính theo thời gian đóng BHXH: . . . . . đồng  
Level of allowance calculated based on the duration of social insurance premium  
payment: VND.....

c. Trợ cấp người phục vụ (nếu có): . . . . . đồng  
Attendance allowance (if any): VND.....

Tổng số tiền trợ cấp hàng tháng (a+b+c): . . . . . đồng  
Total monthly work injury allowance (a+b+c): VND.....  
(Số tiền bằng chữ/In word:

.....)  
Nơi nhận trợ cấp/Place of allowance receipt:

.....  
**Điều 3:** Các ông, bà Trưởng phòng Chế độ BHXH, Giám đốc BHXH (2) .....  
..... và ông/bà có tên trên chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

**Article 3:** *Head of social insurance implementation division, head of (district) social security office (2).....and persons whose names are written above shall implement this Decision.*

**Nơi nhận/Place of receipt:**

- Ông/Bà/Mr/Ms.....;
- Đơn vị SDLĐ/The employer;
- BHXH/(District) Social security office (2);
- Lưu hồ sơ (2 bản)/ Dossier archive (2 copies).

**GIÁM ĐỐC/DIRECTOR**

*(ký, đóng dấu)/(signature and seal)*

**Ghi chú:** - (1) Đối với trường hợp hưởng từ ngày 01/7/2016 trở đi thì thay bằng Luật An toàn, vệ sinh lao động số 84/2015/QH13.

. - (2) Ghi theo tên đơn vị hành chính cấp huyện.

**Note:** - (1) For persons enjoying the allowance from July 1, 2016, Law No. 84/2015/QH13 on Occupational Safety and Health shall be applied.

- (2) To write the name of the district-level administrative unit.

*Trường hợp có sự khác nhau về cách hiểu giữa tiếng Việt và tiếng Anh trong văn bản, tiếng Việt là ngôn ngữ chính và là căn cứ pháp lý để giải quyết tranh chấp./ If there are differences understanding between Vietnamese and English in this paper, Vietnamese will be considered the primary language and legal basis to resolve the dispute.*