

BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM  
/VIETNAM SOCIAL SECURITY  
BẢO HIỂM XÃ HỘI TỈNH/TP.....  
(PROVINCE/CITY) SOCIAL SECURITY OFFICE

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc  
THE SOCIALIST REPUBLIC OF VIETNAM  
Independence - Freedom - Happiness

Số: ..... /QĐ-BHXH

....., ngày... tháng... năm.....

No: ...../QĐ-BHXH

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

TRỢ CẤP TNLD/BNN HÀNG  
THÁNG  
SỐ SỔ BHXH.....  
SỐ ĐỊNH DANH.....

MONTHLY ALLOWANCE OF  
WORK  
INJURY/OCCUPATIONAL  
DISEASE  
NUMBER OF SOCIAL  
INSURANCE BOOK.....  
IDENTIFICATION NUMBER.....

## QUYẾT ĐỊNH

Về việc điều chỉnh mức hưởng trợ cấp tai nạn lao động/bệnh nghề nghiệp (1)  
hàng tháng do giám định tổng hợp mức suy giảm khả năng lao động

## DECISION

On adjustment of the level of monthly work injury/occupational disease  
allowance upon general assessment of the working capacity decrease rate

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

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

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...../QD-TCCB of.....(day)....(month).....year..... on the establishment of the social  
security office of.....(province/city);*

Căn cứ hồ sơ hưởng trợ cấp TNLD/BNN của ông/bà .....

*Pursuant to the dossier for payment of work injury/occupational disease allowance of Mr/Ms.....*

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

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

## **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: .....

Đã bị tai nạn lao động/bệnh nghề nghiệp (1) và ngày .... tháng .... năm ....., tiếp tục bị tai nạn lao động/bệnh nghề nghiệp (1), kết quả giám định tổng hợp mức suy giảm khả năng lao động là: ..... %

*Having had a work injury/occupational disease (1), and having another work injury/occupational disease (1) on (day). . . . . (month) . . . . .(year) . . . . . with the total working capacity decrease rate of.....%*

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

Mức tiền lương hoặc thu nhập tháng trước khi bị tai nạn lao động/bệnh nghề nghiệp (2) lần sau cùng là.....đồng

*Level of salary or income of the last month before having a work injury/occupational disease (2) is VND.....*

Được điều chỉnh mức trợ cấp (3) ..... từ tháng..... năm..... /  
*Enjoying the adjusted allowance (3) from (month)..... (year).....*

**Điều 2/Article 2:** Mức điều chỉnh trợ cấp như sau/ *The adjusted allowance level is as follows:*

a. Mức trợ cấp tính theo tỷ lệ suy giảm KNLD: .....đồng

*Level of allowance calculated based on the rate of working capacity decrease: 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.....*

Tổng số tiền trợ cấp hàng tháng (a+b): ..... đồng

Total monthly allowance (a+b): VND.....

(Số tiền bằng chữ/In word:

.....)  
c. Trợ cấp phục vụ (nếu có): ..... đồng

Attendance allowance (if any): VND.....

Nơi nhận trợ cấp/Place of allowance receipt:

.....  
**Điều 3:** Các ông, bà Trưởng phòng Chế độ BHXH, Giám đốc BHXH (4) .....  
..... 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 (4).....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 (4).....;
- 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) Nếu là tai nạn lao động thì không thể hiện bệnh nghề nghiệp và ngược lại;
- (3) Ghi theo tai nạn lao động hoặc bệnh nghề nghiệp bị lần sau cùng;
- (4) Ghi theo tên đơn vị hành chính cấp huyện.

**Note:**

- (1) For persons enjoying monthly occupational accident allowance from July 1, 2016, Law No. 84/2015/QH13 on Occupational Safety and Health shall be applied
- (2) If it is an occupational accident, not to write occupational disease and vice versa.
- (3) To write the last incurred occupational accident or occupational disease.
- (4) 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.