

فرم گزارش حوادث شغلی؛ موضوع تبصره ۱ ماده ۹۵ قانون کار

لطفاً، گزارش حادثه را ظرف مدت ۷۲ ساعت؛ به صورت نسخه فیزیکی یا الکترونیکی به نزدیکترین اداره/ نمایندگی تعاون، کار و رفاه اجتماعی ارسال نمایید.

الف) مشخصات کارگاه محل وقوع حادثه:

- ۱- نام استان: ۲- نام شهرستان: ۳- منطقه جغرافیایی: (۱) شهری (۲) روستایی ۴- نام شهر/ دهستان: ۵- آدرس پستی: ۶- کد پستی:
- ۷- نام و نام خانوادگی کارفرما/ نماینده قانونی: ۸- شماره تماس ثابت/ شماره همراه: ۹- نام کارگاه/ شرکت: ۱۰- کد بیمه تامین اجتماعی کارگاه:
- ۱۱- فعالیت اقتصادی: ۱۲- نام محصول/ خدمت تولیدی:
- ۱۳- نوع مالکیت: (۱) دولتی (۲) عمومی - غیردولتی (۳) تعاونی (۴) خصوصی - غیر تعاونی ۱۴- تعداد کل کارکنان کارگاه: نفر
- ۱۵- آیا کارگاه دارای کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار می باشد؟ ۱۶- نام و شماره تماس مسئول حفاظت فنی:

ب) مشخصات حادثه:

- ۱- تاریخ وقوع حادثه: / / ۲- زمان وقوع حادثه: (دقیقه/ساعت): / /
- ۳- محل وقوع حادثه: (مطابق توضیحات ضمیمه انتخاب شود) ۴- تعداد افراد حادثه دیده: تعداد کل: مرد: زن:
- ۵- در صورت وجود شاهد در حین وقوع حادثه، اطلاعات شاهدان درج گردد:
- ۱- نام و نام خانوادگی: سمت: شماره تلفن همراه: ۲- نام و نام خانوادگی: سمت: شماره تلفن همراه:
- ۶- آیا نتیجه حادثه منجر به تعطیلی کامل یا بخشی از کارگاه شده است؟ (۱) بلی-کل کارگاه (۲) بلی-بخشی از کارگاه (۳) خیر
- ۷- آیا فیلم دوربین مداربسته یا عکس از نحوه وقوع حادثه موجود می باشد؟ (۱) بلی (۲) خیر در صورت پاسخ مثبت، به همراه گزارش ارسال گردد.

پ) مشخصات حادثه دیده:

- ۱- نام و نام خانوادگی: ۲- جنسیت: ۳- تاریخ تولد: / /
- ۴- ملیت: (۱) ایرانی شماره ملی: (۲) اتباع خارجی شماره گذرنامه/کد اتباع:
- ۵- شغل: ۶- تاریخ استخدام: / /
- ۷- قرار داد کار: (۱) دائمی (۲) موقت ۸- شماره تلفن همراه: ۹- وضع سواد و تحصیل: (۱) بی سواد (۲) با سواد (سطح تحصیلات: (۱۰- وضعیت شغلی: (مطابق توضیحات ضمیمه انتخاب شود)
- ۱۱- در صورتیکه حادثه دیده، کارگر پیمانکار می باشد، نام پیمانکار و شماره تماس وی درج گردد: نام شرکت پیمانکاری: - نام و نام خانوادگی مدیرعامل: - شماره تلفن همراه: - تعداد کارگران زیرمجموعه:
- ۱۲- حادثه دیده، بیمه تامین اجتماعی: (۱) دارد (۲) ندارد ۱۳- نتیجه حادثه: (۱) فوت (۲) غیرفوت
- ۱۴- نوع آسیب: (مطابق توضیحات ضمیمه انتخاب شود) ۱۵- عضو آسیب دیده: (مطابق توضیحات ضمیمه انتخاب شود)

ت) نحوه وقوع حادثه را به طور کامل همراه با جزئیات (شامل محل دقیق حادثه، فعالیت کارگر پیش از حادثه و در حین وقوع حادثه، دستگاه یا ابزاری که در حال کار با آن بوده و مواردی نظیر آن) توضیح دهید.

ث) اقدامات انجام شده به منظور پیشگیری از تکرار حادثه:

ج) مشخصات تکمیل کننده فرم:

- ۱- نام و نام خانوادگی: ۲- شماره تماس: ۳- سمت: کارفرمای کارگر حادثه دیده ؛ سایر با ذکر سمت: مهتر و امضاء

لطفاً در صورتی که تعداد حادثه دیدگان بیش از یک نفر می باشد، از صفحه شماره ۲ این فرم برای درج مشخصات سایر حادثه دیدگان استفاده نمایید.

<p>ردیف ۲) مشخصات حادثه دیده:</p> <p>۱- نام و نام خانوادگی: ۲- جنسیت: ۳- تاریخ تولد:/...../.....</p> <p>۴- ملیت: (۱) ایرانی <input type="checkbox"/> شماره ملی (۲) اتباع خارجی <input type="checkbox"/> شماره گذرنامه/کد اتباع:.....</p> <p>۵- شغل: ۶- تاریخ استخدام:/...../..... ۷- قرار داد کار: (۱) دائمی <input type="checkbox"/> (۲) موقت <input type="checkbox"/></p> <p>۸- شماره تلفن همراه: ۹- وضع سواد و تحصیل: (۱) بی سواد <input type="checkbox"/> (۲) با سواد <input type="checkbox"/> (سطح تحصیلات: (</p> <p>۱۰- وضعیت شغلی: (مطابق توضیحات ضمیمه انتخاب شود)</p> <p>۱۲- در صورتیکه حادثه دیده، کارگر پیمانکار می باشد، نام پیمانکار و شماره تماس وی درج گردد:- نام شرکت پیمانکاری:</p> <p>- نام و نام خانوادگی مدیرعامل: - شماره تلفن همراه: - تعداد کارگران زیرمجموعه:</p> <p>۱۲- حادثه دیده، بیمه تامین اجتماعی: (۱) دارد <input type="checkbox"/> (۲) ندارد <input type="checkbox"/> ۱۳- نتیجه حادثه: (۱) فوت <input type="checkbox"/> (۲) غیرفوت <input type="checkbox"/></p> <p>۱۴- نوع آسیب: (مطابق توضیحات ضمیمه انتخاب شود) ۱۵- عضو آسیب دیده: (مطابق توضیحات ضمیمه انتخاب شود)</p>	<p>ردیف ۳) مشخصات حادثه دیده:</p> <p>۱- نام و نام خانوادگی: ۲- جنسیت: ۳- تاریخ تولد:/...../.....</p> <p>۴- ملیت: (۱) ایرانی <input type="checkbox"/> شماره ملی (۲) اتباع خارجی <input type="checkbox"/> شماره گذرنامه/کد اتباع:.....</p> <p>۵- شغل: ۶- تاریخ استخدام:/...../..... ۷- قرار داد کار: (۱) دائمی <input type="checkbox"/> (۲) موقت <input type="checkbox"/></p> <p>۸- شماره تلفن همراه: ۹- وضع سواد و تحصیل: (۱) بی سواد <input type="checkbox"/> (۲) با سواد <input type="checkbox"/> (سطح تحصیلات: (</p> <p>۱۰- وضعیت شغلی: (مطابق توضیحات ضمیمه انتخاب شود)</p> <p>۱۲- در صورتیکه حادثه دیده، کارگر پیمانکار می باشد، نام پیمانکار و شماره تماس وی درج گردد:- نام شرکت پیمانکاری:</p> <p>- نام و نام خانوادگی مدیرعامل: - شماره تلفن همراه: - تعداد کارگران زیرمجموعه:</p> <p>۱۲- حادثه دیده، بیمه تامین اجتماعی: (۱) دارد <input type="checkbox"/> (۲) ندارد <input type="checkbox"/> ۱۳- نتیجه حادثه: (۱) فوت <input type="checkbox"/> (۲) غیرفوت <input type="checkbox"/></p> <p>۱۴- نوع آسیب: (مطابق توضیحات ضمیمه انتخاب شود) ۱۵- عضو آسیب دیده: (مطابق توضیحات ضمیمه انتخاب شود)</p>
<p>ردیف ۴) مشخصات حادثه دیده:</p> <p>۱- نام و نام خانوادگی: ۲- جنسیت: ۳- تاریخ تولد:/...../.....</p> <p>۴- ملیت: (۱) ایرانی <input type="checkbox"/> شماره ملی (۲) اتباع خارجی <input type="checkbox"/> شماره گذرنامه/کد اتباع:.....</p> <p>۵- شغل: ۶- تاریخ استخدام:/...../..... ۷- قرار داد کار: (۱) دائمی <input type="checkbox"/> (۲) موقت <input type="checkbox"/></p> <p>۸- شماره تلفن همراه: ۹- وضع سواد و تحصیل: (۱) بی سواد <input type="checkbox"/> (۲) با سواد <input type="checkbox"/> (سطح تحصیلات: (</p> <p>۱۰- وضعیت شغلی: (مطابق توضیحات ضمیمه انتخاب شود)</p> <p>۱۴- در صورتیکه حادثه دیده، کارگر پیمانکار می باشد، نام پیمانکار و شماره تماس وی درج گردد:- نام شرکت پیمانکاری:</p> <p>- نام و نام خانوادگی مدیرعامل: - شماره تلفن همراه: - تعداد کارگران زیرمجموعه:</p> <p>۱۲- حادثه دیده، بیمه تامین اجتماعی: (۱) دارد <input type="checkbox"/> (۲) ندارد <input type="checkbox"/> ۱۳- نتیجه حادثه: (۱) فوت <input type="checkbox"/> (۲) غیرفوت <input type="checkbox"/></p> <p>۱۴- نوع آسیب: (مطابق توضیحات ضمیمه انتخاب شود) ۱۵- عضو آسیب دیده: (مطابق توضیحات ضمیمه انتخاب شود)</p>	<p>ردیف ۵) مشخصات حادثه دیده:</p> <p>۱- نام و نام خانوادگی: ۲- جنسیت: ۳- تاریخ تولد:/...../.....</p> <p>۴- ملیت: (۱) ایرانی <input type="checkbox"/> شماره ملی (۲) اتباع خارجی <input type="checkbox"/> شماره گذرنامه/کد اتباع:.....</p> <p>۵- شغل: ۶- تاریخ استخدام:/...../..... ۷- قرار داد کار: (۱) دائمی <input type="checkbox"/> (۲) موقت <input type="checkbox"/></p> <p>۸- شماره تلفن همراه: ۹- وضع سواد و تحصیل: (۱) بی سواد <input type="checkbox"/> (۲) با سواد <input type="checkbox"/> (سطح تحصیلات: (</p> <p>۱۰- وضعیت شغلی: (مطابق توضیحات ضمیمه انتخاب شود)</p> <p>۱۵- در صورتیکه حادثه دیده، کارگر پیمانکار می باشد، نام پیمانکار و شماره تماس وی درج گردد:- نام شرکت پیمانکاری:</p> <p>- نام و نام خانوادگی مدیرعامل: - شماره تلفن همراه: - تعداد کارگران زیرمجموعه:</p> <p>۱۲- حادثه دیده، بیمه تامین اجتماعی: (۱) دارد <input type="checkbox"/> (۲) ندارد <input type="checkbox"/> ۱۳- نتیجه حادثه: (۱) فوت <input type="checkbox"/> (۲) غیرفوت <input type="checkbox"/></p> <p>۱۴- نوع آسیب: (مطابق توضیحات ضمیمه انتخاب شود) ۱۵- عضو آسیب دیده: (مطابق توضیحات ضمیمه انتخاب شود)</p>

توضیحات تکمیلی در خصوص نحوه تکمیل فرم

- ۱- **تعریف حادثه ناشی از کار(شغلی):** حادثه ای است که حین انجام وظیفه شغلی یا مرتبط با آن در داخل یا خارج از مکان یا محل فعالیت به وقوع پیوسته و پیامد آن آسیب (اعم از جراحت، بیماری یا فوت) یک یا چند شاغل می باشد. منظور از **انجام وظیفه:** کلیه کارها، ماموریت ها و فعالیت هایی که به دستور مسئولین ذیربط و در راستای شرح وظایف شاغل، در محیط کاری در ساعات کاری انجام می شود.
- ۲- **توضیحات در خصوص محل وقوع حادثه، بند ۳ از قسمت(ب):**
- (۱) **داخل محوطه کارگاه:** منظور داخل فضا و محدوده فیزیکی کارگاه می باشد. (تعریف اضافه گیر)
- (۲) **خارج از محوطه کارگاه- حین رفت و آمد بین منزل و محل کار:** حادثه ای است که در خارج از محل / مکان کارگاه در مسیر عادی رفت و برگشت بین مکان / محل کار یا مکان آموزشی مرتبط با کار و یکی از اماکن زیر:
- محل اقامت اصلی یا ثانویه شاغل
 - محل معمول صرف وعده های غذایی
 - محل دریافت مزد و حقوق و مزایا
 - یا یا محل مرتبط با کار مانند ورزشگاه، شعبه یا کارگزاری بیمه یا محل عبادت برای شاغل اتفاق می افتد
- (۳) **خارج از کارگاه- حین سفر مرتبط با اشتغال:** یکی از دو حالت زیر را در بر می گیرد: (سازمان بین المللی کار توصیه ای به ثبت این موارد ندارد).
- *الف- جابجایی / رفت و آمد/حمل و نقل بین محلهای کار مانند رسیدن به محل پروژه، مناطق ماهیگیری، سفر برای ماموریت شغلی/همایش/ ملاقات با مشتری
- *ب- جابجایی/حمل و نقل/رفت و آمد/همراهی کالاها و اشخاصی که مرتبط با شغل
- ۳- **توضیحات مرتبط با وضعیت شغلی بند ۱۰ از قسمت (پ):**
- (۱) **کارفرما:** فرد شاغلی است که برای انجام شغلی خود؛ حداقل یک مزد و حقوق بگیر در استخدام دارد، کارفرمایان بطور مستقل یا به همراه یک یا چند شریک کاری کنند. کارفرما واحد اقتصادی (کارگاه/ بنگاه اقتصادی و...) خود را مدیریت می کنند.
- (۲) **کارگر:** کسی است که به صورت تمام وقت یا پاره وقت به درخواست کارفرما کار می کند و در ازای آن مزد و حقوق معین (اعم از نقدی یا غیرنقدی) دریافت می کند.
- (۳) **پیمانکار وابسته:** شاغلانی هستند که عمدتاً بر اساس یک توافق تجاری و نه شغلی، به منظور کسب سود، به تولید کالا یا ارائه خدمت می پردازند. پیمانکاران وابسته ویژگی های زیر را دارند:
- الف) مستقل یا به همراه یک یا چند شریک به فعالیت شغلی خود می پردازند، و هیچ مزد و حقوق بگیری استخدام ننموده اند. (شرط تمایز با کارفرما)
- ب) پیمانکار وابسته قرارداد اشتغال (اعم از رسمی، غیررسمی و یا شفاهی) با واحدی که برای آن کار می کند، ندارد. (شرط تمایز با مزد و حقوق بگیر)
- ج) پیمانکار وابسته هیچ گونه مزد، به هر شکلی اعم از ساعتی، ماهانه، کارمزدی دریافت نمی کند. به عبارت بهتر بابت زمان صرف شده در کارگاه مزد دریافت نمی کنند بلکه حق العمل خود را در قبال خدمت یا تولیدی که انجام می دهد، دریافت می دارد. (شرط تمایز با مزد و حقوق بگیر)
- د) پیمانکار وابسته مدیریت و یا مالکیت واحد اقتصادی را ندارد. (شرط تمایز با کارکن مستقل)
- (۴) **کارکن مستقل (فاقد مزد و حقوق بگیر):** فردی است که برای انجام فعالیت شغلی خود مزد و حقوق بگیری را در استخدام ندارد و خود نیز مزد و حقوق دریافت نمی کند. درآمد کارکن مستقل، از طریق هزینه دریافتی بابت تولید کالا، فروش کالا یا ارائه خدمت به مشتریان تامین می گردد.
- (۵) **کارکن فامیلی بدون مزد:** فردی است که برای یکی از اعضای خانواده خود که بای نسبت خویشاوندی دارد، کارمی کند و این بابت مزد و حقوق دریافت نمی کند.
- (۶) **کارآموز بدون مزد:** کارآموزی که مزد دریافت نمی کند و می تواند در بخش عمومی یا خصوصی کارآموزی نماید.
- (۷) **کارکن داوطلب:** فرد در سن کاری است که در دوره زمانی مرجع، کار داوطلبانه انجام داده است. منظور از کار داوطلبانه در تعریف کارکن داوطلب، کاری است که به صورت آگاهانه، بدون اجبار، با نیت خیرخواهانه و بدون دریافت مزد و حقوق و یاسایر مزایای نقدی و یا غیرنقدی برای سازمان (واحد سازماندهی شده اعم از کارگاه، بنگاه اقتصادی، مؤسسه خیریه، دستگاهها و نهادهای دولتی و غیردولتی، بیمارستان و مانند آن است) یا فردی غیر از افراد خانواده انجام دهنده کار، انجام می شود.
- ۴- **توضیحات مرتبط با نوع آسیب بند ۱۴ از قسمت (پ):**
- آسیب های سطحی و زخم های باز / شکستگی / در رفتگی و رگ به رگ شدن / قطع عضو / آسیب های درونی و ضربه مغزی، سوختگی، تاول، خوردگی، سرمازدگی / مسمومیت ها و عفونت های شدید / خفگی / تاثیرات ناشی از دمای کم و زیاد، نور و اشعه / شوک / سایر آسیب با ذکر نوع
- ۵- **توضیحات مرتبط با عضو آسیب دیده بند ۱۵ از قسمت (پ):**
- سر (سر، گوش، چشم، صورت، دندان ها، ...)
 - گردن (ستون فقرات، گردن، ...)
 - پشت (ستون فقرات و مهره ها، پشت، ...)
 - تنه و اعضای داخلی (قفسه سینه، تنه، محیط های شکمی و اعضای داخلی، اندام های تناسلی خارجی، ...)
 - قسمت فوقانی (شانه، بازو، مچ، کف دست، انگشتان، ...)
 - قسمت تحتانی (لگن، ساق پا و زانو، کف پا، شصت پا)
 - کل بدن (تاثیرات سیستمی ناشی از مسمومیت و عفونت و...)
 - سایر اندام ها با ذکر نام