行政起诉状

（工伤保险资格或者待遇认定）

|  |  |
| --- | --- |
| 说明：  为了方便您更好地参加诉讼，保护您的合法权利，请填写本表。  1. 起诉时需向人民法院提交证明您身份的材料，如身份证复印件、营业执照复印件等。  2. 本表所列内容是您参加诉讼以及人民法院查明案件事实所需，请务必如实填写。  3. 本表有些内容可能与您的案件无关，您认为与案件无关的项目可以填“无”或者不填；对于 本表中勾选项可以在对应项打“ √ ”;您认为另有重要内容需要列明的，可以另附页填写。  4. 本表word电子版填写时 , 相关栏目可复制粘贴或扩容 , 但不得改变要素内容、格式设置。例如 , 多原告、多被告或多委托诉讼代理人等情况 , 可根据实际情况复制粘贴 ; 需填写文字较多时，可 根据实际对栏目进行扩容等。  ★特别提示★  诉讼参加人应遵守诚信原则如实认真填写表格。  如果诉讼参加人违反有关规定，虚假诉讼、恶意诉讼、滥用诉权，人民法院将视违法情形依法 追究责任。 | |
| 当事人信息 | |
| 原告  （自然人） | 姓名：  性别：男□ 女□  出生日期： 年 月 日 民族：  工作单位： 职务： 联系电话：  住所地（户籍所在地）： 经常居住地：  证件类型： 证件号码： |
| 原告  （法人、非法人组织） | 名称：  住所地（主要办事机构所在地）：  法定代表人 / 负责人： 职务： 联系电话： |
| 委托诉讼代理人 | 有□  姓名：  单位： 职务： 联系电话：  代理权限：一般授权□ 特别授权□  无□ |

|  |  |
| --- | --- |
| 被告  （行政机关或者法律、  法规、规章授权的  组织） | 名称：  住所地（主要办事机构所在地）：  法定代表人 / 负责人： 职务： 联系电话： |
| 第三人 （自然人） | 姓名：  性别：男□ 女□  出生日期： 年 月 日 民族：  工作单位： 职务： 联系电话：  住所地（户籍所在地）： 经常居住地：  证件类型： 证件号码： |
| 第三人  （法人、非法人组织） | 名称：  住所地（主要办事机构所在地）：  法定代表人 / 负责人： 职务： 联系电话： |
| 诉讼请求 | |
| （可完整表述诉讼请求；为方便、准确梳理要点，相关内容请在下方要素式表格中填写） | |
| 1. □撤销认定工伤决定 |  |
| 2. □撤销不予认定工伤 决定 |  |
| 3. 是否主张诉讼费用 | □是 □否 |
| 4. □其他请求 |  |
| 事实与理由 | |
| （可完整表述纠纷涉及的事实与理由；为方便、准确梳理要点，相关内容请在下方要素式表格中填写） | |
| 1. 职工与用人单位是否 存在劳动关系 | □是 □否 |
| 2. 本案起诉前已经就是 否存在劳动关系申请劳 动仲裁或提起民事诉讼 | □是 □否 |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. 职工工作岗位 |  |
| 4. 职工发生事故伤害或 者被诊断、鉴定为职 业病时间 | 年 月 日 |
| 5. 行政机关作出认定工 伤决定书或者不予认 定工伤决定书的文号 及时间 | 文号：  时间： 年 月 日 |
| 6. 当事人收到关于工 伤决定等文书的时间 （如未收到关于工伤决 定等文书，请填写提 出履责申请的时间） | 年 月 日 |
| 7. 工伤决定是否存在违 法之处 | □是 具体情形： □否 |
| 8. 是否就同一争议申请 过复议或者提起过其 他诉讼 | □是 列明案号、时间、受理机关、处理结果等具体情况： □否 |
| 9. 其他需要说明的内容 （可另附页） |  |
| 10. 证据清单（可另附 页） |  |

具状人（签字、盖章）： 日期：

实例

行政起诉状

（工伤保险资格或者待遇认定）

|  |  |
| --- | --- |
| 说明：  为了方便您更好地参加诉讼，保护您的合法权利，请填写本表。  1. 起诉时需向人民法院提交证明您身份的材料，如身份证复印件、营业执照复印件等。  2. 本表所列内容是您参加诉讼以及人民法院查明案件事实所需，请务必如实填写。  3. 本表有些内容可能与您的案件无关，您认为与案件无关的项目可以填“无”或者不填；对于 本表中勾选项可以在对应项打“ √ ”;您认为另有重要内容需要列明的，可以另附页填写。  4. 本表word电子版填写时 , 相关栏目可复制粘贴或扩容 , 但不得改变要素内容、格式设置。例如 , 多原告、多被告或多委托诉讼代理人等情况 , 可根据实际情况复制粘贴 ; 需填写文字较多时，可 根据实际对栏目进行扩容等。  ★特别提示★  诉讼参加人应遵守诚信原则如实认真填写表格。  如果诉讼参加人违反有关规定，虚假诉讼、恶意诉讼、滥用诉权，人民法院将视违法情形依法 追究责任。 | |
| 当事人信息 | |
| 原告  （自然人） | 姓名：  性别：男□ 女□   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 出生日期： 年 月 日 | 民族： |  | | 工作单位： | 职务： | 联系电话： |   住所地（户籍所在地）： 经常居住地：  证件类型： 证件号码： |
| 原告  （法人、非法人组织） | 名称： ×× 服务有限公司  住所地（主要办事机构所在地）： ×× 省 ×× 市 ×× 区 ×× 街道 ×× 号 法定代表人 / 负责人：李 ×× 职务：执行董事兼总经理  联系电话： ××××××××××× |
| 委托诉讼代理人 | 有  姓名：张 ××  单位： ×× 律师事务所 职务：律师  联系电话： ×××××××××××  代理权限：一般授权 特别授权□ 无□ |

|  |  |
| --- | --- |
| 被告  （行政机关或者法律、  法规、规章授权的  组织） | 名称： ×× 省 ×× 市人力资源和社会保障局  住所地（主要办事机构所在地）： ×× 省 ×× 市 ×× 区 ×× 街道 ×× 号  法定代表人 / 负责人：胡 ×× 职务：局长  联系电话： ××××××××××× |
| 第三人 （自然人） | 姓名：  性别：男□ 女□   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 出生日期： 年 月 日 | 民族： |  | | 工作单位： | 职务： | 联系电话： |   住所地（户籍所在地）： 经常居住地：  证件类型： 证件号码： |
| 第三人  （法人、非法人组织） | 名称：  住所地（主要办事机构所在地）：  法定代表人 / 负责人： 职务： 联系电话： |
| 诉讼请求 | |
| （可完整表述诉讼请求；为方便、准确梳理要点，相关内容请在下方要素式表格中填写） | |
| 1. 撤销认定工伤决定 | |
| 2. □撤销不予认定工伤决定 | |
| 3. 是否主张诉讼费用 | 是 □否 |
| 4. □其他请求 |  |
| 事实与理由 | |
| 认定工伤决定事实不清，证据不足，适用法律错误，作出程序违法。 | |
| 1. 职工与用人单位是否 存在劳动关系 | 是 □否 |
| 2. 本案起诉前已经就是 否存在劳动关系申请 劳动仲裁或提起民事 诉讼 | □是 否 |
| 3. 职工工作岗位 | ×× 小区保洁员 |
| 4. 职工发生事故伤害或 者被诊断、鉴定为职 业病时间 | 2022 年 8 月 17 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 5. 行政机关作出认定工 伤决定书或者不予认 定工伤决定书的文号 及时间 | 文号： ×× 号《认定工伤决定书》  时间：2022 年 10 月 26 日 |
| 6. 当事人收到关于工 伤决定等文书的时间 （如未收到关于工伤决 定等文书，请填写提 出履责申请的时间） | 2022 年 12 月 9 日 |
| 7. 工伤决定是否存在违 法之处 |  是 具体情形：  1. 认定工伤决定事实不清，证据不足。 … …  2. 被告作出的认定工伤决定适用法律错误。 … …  3. 被告作出的认定工伤决定程序违法。 … … □否 |
| 8. 是否就同一争议申请 过复议或者提起过其 他诉讼 | □是 列明案号、时间、受理机关、处理结果等具体情况：  否 |
| 9. 其他需要说明的内容 （可另附页） |  |
| 10. 证据清单（可另附 页） | 1. 认定 / 不予认定工伤决定  2. 符合 / 不符合认定工伤的证明材料  3. 其他 |

具状人（签字、盖章）： ×× 服务有限公司 日期： ×× 年 ×× 月 ×× 日