附件1

叶集区公益性岗位申报表

申报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | 成立时间 | | |  | | |
| 单位类型 |  | | | 主要业务 |  | | | | | |
| 法人代表 |  | | | 身份证号码 |  | | | | | |
| 单位地址 |  | | | 营业执照号码（或民办非企业单位证书号码） | | | | |  | |
| 职工人数 | 人 | | 联系人 |  | 联系电话 | |  | | | |
| 申报公益性岗位名称 | | 岗位数量 | | 工作内容 | | 招用条件 | | | | 薪酬待遇 |
|  | | 个 | |  | |  | | | | 元/月 |
|  | | 个 | |  | |  | | | | 元/月 |
|  | | 个 | |  | |  | | | | 元/月 |
| 公共就业  人才服务  机构意见 | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 人力资源  社会保障  行政部门  意　　见 | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | |

附件2

叶集区公益性岗位就业意向申请表

申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号码 |  | | | 文化程度 |  |
| 就业失业  登记证号码 |  | | | 就业援助对象认定时间 |  |
| 就业困难  人员类型 |  | | | 工作技能 |  |
| 家庭住址 |  | | | 联系电话 |  |
| 申请岗位  名称 |  | | | 是否愿意到托底性岗位就业 |  |
| 本人工作  简历 |  | | | | |
| 申请人  签 名 | 以上资料由本人填写，情况真实，自愿申请到公益性岗位就业，并自觉遵守公益性岗位相关规章制度。  签名： 年 月 日 | | | | |

附件3

公益性岗位社保补贴和岗位补贴申报表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位（盖章）： | | | | | 填报日期： 年 月 日 | |
| 单位名称 | |  | | | | |
| 公益性岗位人数 | | 人 | 享受补贴期限 | | | 年 月 至 年 月 |
| 申报社保补贴金额 | | 元 | 职工养老保险 | | | 元 |
| 职工医疗保险 | | | 元 |
| 失业保险 | | | 元 |
| 生育保险 | | | 元 |
| 工伤保险 | | | 元 |
| 申报岗位补贴金额 | | 元 | 申报个人岗位补贴金额 | | | 元 |
| 申报单位岗位补贴金额 | | | 元 |
| 申报补贴合计金额 | | | 元 | | | |
| 单位开户银行 |  | | 银行帐号 | |  | |
| 联系人 |  | | 联系电话 | |  | |
| 申请单位承诺 | 本单位与公益性岗位人员签订的劳动合同均在有效期内，已按规定为就业困难人员支付劳动报酬、缴纳社会保险费；若本单位骗取、套取补贴资金，愿意承担相关法律责任。 | | | | | |
| 公共就业人才服务机构初审 | 经审核，该单位公益性岗位现有就业困难人员 人，享受社会保险补贴 元，享受岗位补贴 元(其中:个人岗位补贴 元、单位岗位补贴 元)，以上两项补贴 元。 | | | | | |
| 公共就业人才服务机构意见 | | | | 人力资源社会保障行政部门意见 | | |
| 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | |

附件4

公益性岗位补贴花名册

申请单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 就业困难人员认定时间 | 就业困难人员类型 | 公益性岗位劳动合同起止日期  ( 年 月- 年 月) | 个人岗位  补贴金额  （元） | 开户银行 | 银行帐号 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.联系电话应为申请公益性岗位社保补贴和岗位补贴的就业困难人员个人手机号码或家庭联系电话。

2.就业困难人员有以下类型：零就业家庭成员、大龄就业困难人员、长期失业人员、残疾人、享受最低生活保障或边缘家庭的失业人员、享受最低生活保障或边缘家庭的失地失林人员、享受最低生活保障或边缘家庭的高校毕业生、省人民政府确定的其他就业困难人员。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件5  公益性岗位社保补贴和岗位补贴花名册  申请单位（盖章）： | | | | | | | | | |
|
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 身份证号码 | 就业困难人员类型 | 公益性岗位劳动合同起止日期 （年月—年月） | 个人岗位补贴起止日期（年月） | 社保补贴起止日期（年月） | 社保缴纳金额（元/月） | 合计（元） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合 计** | | | | | | | |  | |

备注：就业困难人员有以下类型：零就业家庭成员、大龄就业困难人员、长期失业人员、残疾人、享受最低生活保障或边缘家庭的失业人员、享受最低生活保障或边缘家庭的失地失林人员、享受最低生活保障或边缘家庭的高校毕业生、省人民政府确定的其他就业困难人员。