附件1

公益性岗位开发申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位（盖章）： | | |  |  |  | | | 年 月 日 | |
| 单位住址 | |  | | | 统一社会信用代码 | | |  | |
| 联系人 | |  | | | 联系电话 | | |  | |
| 编制数 | |  | | | 实有人数 | | |  | |
| 申请事由 | |  | | | | | | | |
| 申请单位承诺 | | 承担社会义务，促进就业困难人员就业，本单位所开发的公益性岗位优先安置距法定退休年龄不足5年人员、城镇零就业家庭成员和具有劳动能力的残疾人。  负责人： 经办人： （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 序号 | 岗位名称 | | 岗位数量 | 工作内容 | | 工作要求 | 工作地点 | | 薪酬待遇 |
| 1 |  | |  |  | |  |  | |  |
| 2 |  | |  |  | |  |  | |  |
| 3 |  | |  |  | |  |  | |  |
| 4 |  | |  |  | |  |  | |  |
| 初审意见 | | 经办人： 负责人： （公章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 审核意见 | | 经办人： 负责人： （公章）  年 月 日 | | | | | | | |

附件2

公益性岗位人员退出备案表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  | 年 月 日 | |
| 用人单位 | |  | | | | |
| 联系人 | |  | | 联系电话 |  | |
| 公益性岗位退出人员情况 | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | | 所在岗位 | 退出原因 | 退出时间 |
| 1 |  |  | |  |  |  |
| 2 |  |  | |  |  |  |
| 3 |  |  | |  |  |  |
| 4 |  |  | |  |  |  |
| 5 |  |  | |  |  |  |
| 6 |  |  | |  |  |  |
| 7 |  |  | |  |  |  |
| 用人单位意见 | |  | | | | |
| 人社部门意见 | |  | | | | |
| 注：此表一式两份，人社部门、用人单位各持一份。 | | | | | | |

附件3

20 年 月公益性岗位补贴申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 填报单位（公章）： 申报时间： | | | |
| 单位名称 |  | 单位地址 |  |
| 填报人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 申请岗位补贴人数 |  | 申请岗位补贴金额 |  |
| 申请单位  信用承诺 | 我们对本申报表中填写的各项内容的真实性负责，如存在任何不实情况，愿意承担由此造成的一切责任。  经办人： 负责人：  （单位公章）    年 月 日 | | |
| 公共就业  服务机构  初审意见 | 经初审，该单位20 年 月共有 人符合岗位补贴条件（详见补贴花名册），建议给予该单位岗位补贴共计 元。  经办人： 负责人：  （单位公章）    年 月 日 | | |
| 人社部门  审核意见 | 经审核，该单位20 年共有 人符合岗位补贴条件（详见补贴花名册），决定给予该单位20 年 月岗位补贴共计 元。  经办人： 负责人：  （单位公章）    年 月 日 | | |
| 备注 | 本表一式两份，由申请单位、人社部门各执一份。本表作为申请单位申请岗位补贴时系统上传材料，应与公益性岗位补贴人员花名册配合使用。 | | |

附件4

20 年 月公益性岗位补贴人员花名册

填报单位（盖章）： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 联系电话 | 安置起止时间 | 开户行 | 账号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件5

20 年 季度公益性岗位社会保险补贴申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | 法定代表人 |  | |
| 单位地址 |  | | 联系电话 |  | |
| 开户银行 |  | | 账号 |  | |
| 申请社会保险补贴人数 |  | 申请社会保险补贴金额 |  | 养老保险 |  |
| 医疗保险 |  |
| 失业保险 |  |
| 其他社保 |  |
| 申请单位  信用承诺 | 我们对本申报表中填写的各项内容的真实性负责，如存在任何不实情况，愿意承担由此造成的一切责任。  经办人： 负责人： （申请单位公章）  年 月 日 | | | | |
| 就业服务机构初审意见 | 经审核，该单位本次申请符合社会保险补贴对象 人（详见名单），建议给予养老保险补贴 元、医疗保险补贴 元、失业保险补贴 元，其他保险 元，合计 元。  单位盖章：  经办人： 负责人： 年 月 日 | | | | |
| 人社部门  审核意见 | 经复审，该单位本次申请符合享受社会保险补贴对象 人，决定给予社会保险补贴 元。  单位盖章：  经办人： 负责人： 年 月 日 | | | | |
| 备注 | 本表一式三份，由申请单位、公共就业服务机构、人社部门各执一份。本表作为申请单位申请社会保险补贴时系统上传材料，应与公益性岗位补贴人员花名册配合使用。 | | | | |

附件6

20 年 季度公益性岗位社会保险补贴人员花名册

填报单位（公章）： 填报人： 联系电话： 单位：人、元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 联系电话 | 安置起止时间 | 月补贴标准 | 补贴月数 | 申请补贴金额 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |