附件1

公益性岗位申报表

申报日期： 年 月

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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

公益性岗位就业意向申请表

申请日期： 年 月

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | |
| 就业援助对象类型 |  | | | 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意见 | 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。 | | | | | |
| 人力资源社会保障行政部门意见 | | | | 财政部门意见 | | |
| 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | |