附件1

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

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 |  |
| 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定。      签  名：  年  月  日 | | | | |

附件3

乡村公益性岗位申报表

                                                  申请日期：     年  月  日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位名称 |  | 是否是贫困村 |  | |
| 申请单位详细  地址 |  | | | |
| 申报单位  负责人姓名 |  | 联系电话 |  | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  | |
| 申报乡村公益性岗位名称 | 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 |
| 申报单位意见 | （盖章）    申请日期： | | | |
| 县（区）人力资源社会保障部门  意见 | （盖章）    申请日期： | | | |

附件4

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 乡村公益性岗位就业意向申请表 | | | | | |
| 填表日期：   年  月  日 | | | | | |
| 姓    名 |  | 性    别 |  | 民族 |  |
| 文化程度 |  | 政治面貌 |  | 年龄 |  |
| 身份证号码 |  | | 联系电话 |  | |
| 家庭详细住址 |  | | | 户籍所在地 |  |
| 是否贫困户 |  | 贫困认定时间 |  | 致贫原因 |  |
| 是否脱贫户 |  | 脱贫时间 |  | 申请岗位名称 |  |
| 本人已知晓乡村公益性岗位性质、相关政策和工作要求，自愿申请乡村公益性岗位，愿意接受管理并认真履行职责，所提供的信息真实准确，对因提供相关不实信息或违反有关规定造成的后果，责任自负。                                       申请人签名：                                       申请日期： | | | | | |
|
|
| 村委会（社区）意见 | （盖章）                        年  月  日 | | | | |
| 乡镇政府意见 | （盖章）                        年  月  日 | | | | |
| 县（区）人力资源  社会保障部门意见 | （盖章）                        年  月  日 | | | | |

附件5

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 |
| 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 | （盖章）  年  月  日 | | | | |