盐城市市直灵活就业人员社会保险补贴申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 | |  | | 性别 |  | 身份证号码 |  | |
| 就业创业证编号 | |  | | 联系电话 | |  | 社会保险代码 |  |
| 户籍地址 | |  | | | | 家庭住址 |  | |
| 目前灵活就业情况 | | | | | | | | |
| 工作单位或工作地点 | | | | | 工作岗位 | | 工作时间 | 工资收入 |
|  | | | | |  | |  |  |
| 申请补贴  对象类别 | 1、享受最低生活保障的 2、女40周岁以上、男50周岁以上的  3、特困职工家庭的 4、残疾的  5、城镇家庭零就业的和农村零转移家庭贫困户的  6、女35周岁以上和男45周岁以上连续失业一年以上的  7、城市规划区范围内女35周岁以上和男45周岁以上的被征地农民  8、夫妻均下岗失业或单亲家庭下岗失业人员  9、优抚家庭人员 10、军队退役人员 | | | | | | | |
| 本次申请时间 | 年 月 —— 年 月 | | | | | | | |
| 申请人承诺 | 本人从事灵活就业，若虚构事实，隐瞒真相而申领了社会保险补贴，按规定承担相关法律责任。  申请人（签字）： 年 月 日 | | | | | | | |
| 社区（村）人社人力资源和社会保障服务站意见 | 经办人： | | 负责人： | | | | 单位（盖章）  年 月 日 | |
| 街道（镇）人社人力资源和社会保障服务中心  意见 | 经办人： | | 负责人： | | | | 单位（盖章）  年 月 日 | |
| 盐城市市直劳动就业管理机构  审核认定意见 | 本次核准社会保险补贴金额共 元，其中：企业职工基本养老保险 元；基本医疗保险 元。 | | | | | | | |
| 经办人： | | 负责人： | | | | （经办机构业务专用章）  年 月 日 | |

注：本表一式三份，社区（村）人力资源和社会保障服务站、街道（镇）人力资源和社会保障服务中心、市劳动就业管理机构各存一份。