附件2

就业困难人员灵活就业享受社保补贴申报表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生日期 年 月 |  年 月 |
| 身份证号码 |  | 户籍性质 |  口城镇 口农村 |
| 户籍属地 | 省 市 县（市、区） 街道（乡镇） 社区（村） |
| 常住地属地 | 省 市 县（市、区） 街道（乡镇） 社区（村） |
| 联系电话（手机） |  | 《就业创业证》编号 |  |
| 缴纳灵活就业养老保险 是口 否口缴纳灵活就业医疗保险 是口 否口 |
| 申请补贴的起止年月 |  年 月至 年 月 | 银行卡号（社保卡优先） |  |
| 本人承诺以上填写信息完全属实且无下述情形：（一）已依法享受基本养老保险待遇或已达法定退休年龄（男性满60 周岁、女性满50 周岁、女干部满55周岁）。（二）被各类用人单位录用或招聘的；创办企业或民办非企业的。（三）担任企业法定代表人、股东、监事、董事等企业主要职务的。（四）入学、应征服兵役、移居境外的；完全丧失劳动能力的；被判刑收监执行的。（五）个人提供虚假信息资料的。 如有虚假，相关法律责任由本人自行承担。 申请人签名： 年 月 日 |
| 以下由受理审核机构填写 |
| 社区（村）或街道（乡镇）就业服务平台初审意见 | 经初审，申请人符合享受灵活就业社保补贴条件。 经办人签章： 复核人签章： 年 月 日 年 月 日 |
| 公共就业和人才服务机构审核意见 | 经审核，申请人符合社保补贴条件。按规定可享受 年度城镇职工基本养老保险补贴自 月至 月，共 月，基本医疗保险补贴自 月至 月，共 月。 经办人签章： 复核人签章： 年 月 日 年 月 日 |