附件1

曲沃县就业困难人员灵活就业社保补贴申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | | 照片 |
| 民族 |  | 文化程度 |  | 联系电话 |  | |
| 身份证号 |  | | 家庭住址 |  | | |
| 原工作  单位 |  | | 参加工作时间 |  | | |
| 下岗失业时间 | |  | | 灵活就业时间 | |  | |
| 就业困难认定时间 | |  | | 就业困难类型 | |  | |
| 就业创业登记证号 | |  | | 当年缴纳保险的月数及金额 | |  | |
| 本次补贴申领年度 | |  | | 是否初次申领 | |  | |
| 本人农村商业银行卡号 | |  | | | | | |
| 本人承诺：已清楚了解社保补贴申请条件和程序，以上所填内容及提供的资料均真实有效，如有不实，退还所申领补贴并承担相应责任。  申请人（签字）：  年 月 日 | | | | | | | |
| 乡镇便民服务中心  意 见 | | 审核人： 负责人： （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 公共就业人才服务中心意 见 | | 经认定，该人员为就业困难人员（ ）  复核人： 负责人： （盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 人力资源和社会保障局意 见 | | 核发20 年 月至 月共计 个月补贴。  复核人： 负责人： （盖章）  年 月 日 | | | | | |

备注：此表一式三份（乡镇便民服务中心、公共就业人才服务中心、人社局各一份），需附个人申请补贴相关资料。