就业困难人员灵活就业享受社会保险补贴申请认定表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 张XX | | 身份证号/社会保障号 | | 21050XXXXXXXXXXXXX |
| 住 址 | 辽宁省本溪市XX区XX街道XX社区 | | | 联系电话 | 188XXXXXXXX |
| **人员类别（勾选〈单选〉）：**  □城镇零就业家庭成员； □ 城市最低生活保障家庭成员；  ☑登记失业人员中距法定退休年龄5年以内的人员； □残疾人；  □单亲抚养未成年人者； □随军后无工作的现役军人配偶 ；  □享受定期定量抚恤和生活补助的优抚对象； □烈属；  □省级乡村振兴重点帮扶县脱贫劳动力； □省级乡村振兴重点帮扶县农村低收入劳动力。  □参照就业困难人员享受相关政策人员：  （□县级以上（含县级）劳动模范；□土地被依法征收的失地农民；□符合条件的孤儿；  □非省级乡村振兴重点帮扶县的脱贫劳动力；□非省级乡村振兴重点帮扶县的农村低收入劳动力） | | | | | |
| 本人自愿提出“就业困难人员灵活就业享受就业社会保险补贴”申请，已办理灵活就业登记，并已知晓以下事项：  1.社会保险补贴在出现下列情形之一时将自动终止：（1）已实现稳定就业，与用人单位签订了劳动合同或建立了社会保险关系的；（2）不按规定及时足额缴纳社会保险费的；（3）办理了退休手续或死亡的；（4）不再符合就业困难人员条件的；（5）其他不符合享受补贴条件的。2.如果出现身份证与档案中记载的出生年月不一致的情况，以身份证信息为准。3.对申请享受其他就业援助帮扶保障补贴政策的，停止发放灵活就业人员社保补贴。  申请人 （本人签字）：张XX  年 月 日 | | | | | |
| 初审意见  （如需要） | | 经办人：  单位公章  年 月 日 | | | |
| 认定意见 | | 经办人：  单位公章  年 月 日 | | | |

备注：本表一式两（三）份，由申请人、就业服务机构各执一份。