|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 附件1：  雅安市新冠肺炎疫情期间暂时生产经营困难企业  缓缴养老、失业、工伤保险费申报表  企业名称（签章）: 单位：人、万元 | | | |
| 参保人数 |  | 申请日期 |  |
| 法定代表 |  | 联系电话 |  |
| 企业地址 |  | | |
| 缓缴事由 |  | | |
| 缓缴期限 |  | | |
| 缓缴险种 | 企业职工基本养老保险 | 失业保险 | 工伤保险 |
| 缓缴金额 |  |  |  |
| 县（区）社会保险事务中心意见 | 签 章  年 月 日 | 县（区）人力资源社会保障局意见 | 签 章  年 月 日 |
| 市社会保险事务中心意见 | 签 章  年 月 日 | 市人力资源社会保障局意见 | 签 章  年 月 日 |

说明：1.本表一式三份，申报单位、社会保险事务中心、人社部门各一份；

2.缓缴期限原则上自欠费之月起不超过6个月。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2：  雅安市新冠肺炎疫情防控期间工伤保险基金先行支付  申请表 | | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称：（章） | 年 月 日 | | | | | | | | | 单位：元、张 | | | |
| 姓名 |  | | 公民身份号码 | |  | | | | | 性别 | |  | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | 工作岗位 | |  | |
| 工伤（亡）时间 |  | | | | | 工伤认定时间 | | | |  | | | |
| 伤害部位（职业病名称） | | | |  | | | | | | | | | |
| 劳动能力鉴定时间 | |  | | 伤残等级 | |  | | 护理等级 | | |  | |  |
| 申请类别（勾选） | | 单位申请□ | | | | | | | | | | | |
| 个人申请□ | | | | | | | | | | | |
| 申请支付原因（勾选） | | 用人单位未依法缴纳工伤保险费，发生工伤事故后用人单位暂时无力支付工伤保险待遇　　□ | | | | | | | | | | | |
| 其他□：原因表述 | | | | | | | | | | | |
| 待遇项目 | | 申请支付金额 | | | | 附件名称 | | | 张数 | | | | |
| 工伤医疗费 | |  | | | |  | | |  | | | | |
| 辅助器具配置费 | |  | | | |  | | |  | | | | |
| 住院伙食补助费 | |  | | | |  | | |  | | | | |
| 统筹外就医交通住宿费 | |  | | | |  | | |  | | | | |
| 一次性伤残补助金 | |  | | | |  | | |  | | | | |
| 一次性工伤医疗补助金 | |  | | | |  | | |  | | | | |
| 伤残津贴 | |  | | | |  | | |  | | | | |
| 生活护理费 | |  | | | |  | | |  | | | | |
| 一次性工亡补助金 | |  | | | |  | | |  | | | | |
| 丧葬补助金 | |  | | | |  | | |  | | | | |
| 供养亲属抚恤金 | |  | | | |  | | |  | | | | |
| 劳动能力鉴定费 | |  | | | |  | | |  | | | | |
| 金额合计 | |  | | | | | | | | | | | |
| 社会保险事务中心意见： | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | 年 月 日 | | | | | | |
| 经办人：　　　　　　复核人：　　　　　　　审核人：　　　　　　　负责人： | | | | | | | | | | | | | |

附件3：

雅安市新冠肺炎疫情防控期间

申请工伤保险基金先行支付承诺书

××× 社会保险事务中心：

　我单位职工×××于×××× 年 ×月×日发生工伤事故，现已完成工伤认定、劳动能力鉴定，共应支付工伤保险待遇 元，但因我单位未依法缴纳工伤保险费，且在新型冠状病毒肺炎疫情防控期间，经营困难，暂时无资金支付其工伤保险待遇，因此申请工伤保险基金先行支付。我单位承诺于×××× 年 ×月×日前，全额归还×××社会保险事务中心先行支付的工伤保险基金。如逾期不能全额归还，社会保险事务中心可将我单位及法定代表人纳入失信惩戒名单，并依法追偿垫付的工伤基金。

特此承诺

法定代表人(签字)： 承诺单位(章)：

年 月 日

附件4：

雅安市生产经营困难企业稳岗返还申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **企业基本情况** | | | | | | | | | | | |
| 企业名称 |  | | 联系人 |  | | | | 联系电话 | | |  |
| 企业基本情况 | 营业执照号码或统一社会信用代码 | |  | | | | | | | | |
| 2018年亏损月数 | |  | | | | 2019年亏损月数 | | |  | |
| 主要困难原因 |  | | | | | | | | | | |
| 返还资金用途 | □职工生活补助 | □缴纳社会保险费 | | | | □转岗培训 | | | □技能提升培训 | | |
| 真实性  承诺 | 所提供材料有：1.营业执照复印件； 2.2018年以来财务报表；3.经营困难情况说明； 4.恢复有望依据。  本企业承诺：以上申报内容和提供的所有材料均真实有效，且按照文件要求，合理使用资金，如存在弄虚作假，自愿承担相应责任，并退回返还资金。全程接受相关部门监督。  法定代表人（签字）： 年 月 日（单位盖章） | | | | | | | | | | |
| 行业主管部门意见 | 年 月 日  （行业主管部门盖章） | | | | | | | | | | |
| 部门意见 | 年 月 日 （属地就业创新促进中心盖章） | | | | 年 月 日 （属地人社局盖章） | | | | | | |

注：企业困难及恢复有望依据由行业主管部门认定盖章后交人社部门初审；涉及经营方向、环保、失信企业、僵尸企业等相关政策由县（区）人社部门征求相关部门审核意见后，汇总上报。

附件5：

雅安市中小企业停工期间线上职业培训计划申报表

一、申报单位基本情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名 称 | 营业执照号码或统一社会信用代码 | 联 系 电 话 | 联 系 人 |
|  |  |  |  |

二、拟开展培训情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 线上培训机构名称 |  | 培训机构网址 |  |
| 培训机构联系电话 |  | 培训项目 |  |
| 培训课时 |  | 收费标准 |  |
| 参培人数 |  | 参培对象 |  |
| 教学大纲（应随申报表另文附上） |  |  |  |

申报单位：(章)

三、审查意见：

|  |
| --- |
| 就业创业促进中心意见： |

四、说 明

此表一式两份应附教学大纲、参训人员花名册、学员身份证复印件、企业与培训学员签订的劳动合同于线上培训开训前5日内报送企业所在地就业创业促进中心；经审批后报市就业创业促进中心备案。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件6：  雅安市中小企业停工期间线上职业培训补贴申报表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申报单位：（章） 申报时间： 年 月 日 单位： 元 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 联系电话 | | 课时 | 线上培训账号 | | 培训项目 | | 课时是否完成 | | 收费金额 | | 补贴金额 |  |  | |
|  |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |
|  |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |
|  |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |
|  | **合计** | **人** |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |
| **合计大写金额：** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 企业在银行开立的基本账户 | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **就业创业促进中心审查意见** | | | | | | | **人社部门审核意见** | | | | | | | |  | | | | |
| 经办人： 负责人：  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | 经办人： 负责人：  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | |  | | | | |
| **公示情况** | | | | | | | **资金拨付情况** | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | 财政部门 | | | | 就业创业促进中心 | | | |  | | | | |
| 拨付时间 | | 金额 | | 拨付时间 | | 金额 | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | |

注：申报单位还应加附职工培训完成证明材料、线上机构收费证明材料

附件7：

雅安市中小企业一次性吸纳就业补贴申请表

申报时间： 受理经办人： 申报编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位名称（章） |  | | | | | | |
| 单位地址 |  | | 单位类别 | | |  | |
| 开户银行 |  | | 账号 | | |  | |
| 联系人 |  | | 联系电话 | | |  | |
| 申请补贴人数 |  | | 申请补贴金额（元） | | |  | |
| 以上表格内容由申请单位填写 | | | | | | | |
| 就业创业促进中心审核意见 | 经办科（股） | | | 负责人 | | | |
| 年 月 日 | | | 年 月 日 | | | |
| 人社部门  审批意见 | 经办科（股） | | | 负责人 | | | |
| 年 月 日 | | | 年 月 日 | | | |
| 公示情况 |  | | | | | | |
| 资金拨付情况 | 财政部门 | | | | 就业服务机构 | | |
| 下拨时间 | 金额 | | | 拨付时间 | | 金额 |
|  |  | | |  | |  |

注：财政部门下拨时间和金额栏由就业创业促进中心根据财政部门下拨情况填写。

附件8：

雅安市中小企业一次性吸纳就业人员花名册

申请单位名称（章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 姓名 | 性  别 | 年龄 | 身份证号 | 就业失业登记证号 | 联系  电话 | 招用人员类型 | 因疫情无法返岗企业所在地 | 申请金额（元） | 实际补贴金额（元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.“招用人员类型”填写“登记失业半年以上人员”或“因疫情无法返岗的农民工”。

2.“因疫情无法返岗的农民工”身份认证标准为：与原企业签订的劳动合同或参保缴费证明，无上述两种材料的提供个人书面承诺书。

3.实际补贴金额由就业创业促进中心审核后填写。

初核人： 年 月 日 复核人： 年 月 日

附件9：

雅安市经营性人力资源服务机构就业创业服务补助

申请表

申报时间： 受理经办人： 申报编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位名称（章） |  | | | | | | |
| 单位地址 |  | | 单位类别 | | |  | |
| 开户银行 |  | | 账号 | | |  | |
| 联系人 |  | | 联系电话 | | |  | |
| 申请补贴人数 |  | | 申请补贴金额（元） | | |  | |
| 以上表格内容由申请单位填写 | | | | | | | |
| 就业创业促进中心审核意见 | 经办科（股） | | | 负责人 | | | |
| 年 月 日 | | | 年 月 日 | | | |
| 人社部门  审批意见 | 经办科（股） | | | 负责人 | | | |
| 年 月 日 | | | 年 月 日 | | | |
| 公示情况 |  | | | | | | |
| 资金拨付情况 | 财政部门 | | | | 就业服务机构 | | |
| 下拨时间 | 金额 | | | 拨付时间 | | 金额 |
|  |  | | |  | |  |

注：财政部门下拨时间和金额栏由就业创业促进中心根据财政部门下拨情况填写。

附件10：

雅安市经营性人力资源服务机构就业创业服务补助人员花名册

申请单位名称（章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 姓名 | 性  别 | 年龄 | 身份证号 | 就业失业登记证号 | 联系  电话 | 招用人员类型 | 申请金额（元） | 实际补贴金额（元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.“招用人员类型”填写“下岗失业人员”或“返乡农民工”。

2.实际补贴金额由就业创业促进中心审核后填写。

初核人： 年 月 日 复核人： 年 月 日