**岳西县就业困难人员灵活就业社会保险补贴申请表**

（201 年度）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 原工作单位 |  | 就业失业登记证号码 |  |
| 就业困难认定办理时间 |  | 灵活就业登记办理时间 |  |
| 农商银行银行卡号或存折账号（原农村合作社） |  | 联系电话（手机）确保畅通 |  |
| 家庭住址 |   |  |
| 补贴类型 | 低保□ 其他□ | 补贴时间 | 养老 □ 申请享受补贴时间： 2017年  月至 月 |
| 医疗 □ 申请享受补贴时间： 2017年  月至 月 |
| **以下社居委或乡镇保障所经办人核查填写** |
| 从事灵活就业形式 |  | 灵活就业地点 |  |
| 历年享受补贴月数 |  | 养老保险已缴 | 2017年 至 月 | 医疗保险已缴 | 2017年 至 月 |
| 经初审，该同志无稳定工作、无固定收入，以灵活就业方式就业，社会保险费无单位为其缴纳，情况属实，并符合申请享受就业困难人员社保补贴的条件。本人签名： 保障所经办人签名： （公章） 年 月 日 |
| 公共就业服务机构及信息中心核查意见：经复核，该申报人未以单位职工身份参加任何社会保险和就业登记（用工备案），并以灵活就业（自谋职业）身份已缴清2017年 月至 月养老保险和2017年 月至 月医疗保险。符合补贴享受条件，可申请2017年 月至 月养老补贴，计 月，标准 元/月，2017年 月至 月医疗补贴，计 月，标准 元/月，合计金额 元。经办人： （盖章） 年 月 日 |
| 人社部门意见：经审核，该同志符合补贴享受条件，同意发放社保补贴 元。经办人： （盖章） 年 月 日 | 财政部门意见：经审核，该同志符合补贴享受条件，同意发放社保补贴 元。经办人： （盖章） 年 月 日 |

不符合条件原因及其他说明：