**岳西县就业困难人员灵活就业社会保险补贴申请表**

（2018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 | | | | | |  | | | |
| 是否中共党员 | | |  | | 入党时间 | | |  | | | | | 党组织关系所在支部 | | | | | |  | |
| 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： 2018年  月至 月 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗 □ 申请享受补贴时间： 2018年  月至 月 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **以下社居委或乡镇保障所经办人核查填写** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 历年享受补贴月数 | | | |  | | 养老保险已缴 | | | 2018年 至 月 | | | | | | | 医疗保险已缴 | | | | 2018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2018年 月至 月养老保险和2018年 月至 月医疗保险。符合补贴享受条件，可申请2018年 月至 月养老补贴，计 月，标准 元/月，2018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：