附件1

企业稳岗返还申请表

申请时间： 年 　 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称  （盖章） |  | | 企业性质 | |  | |
| 企业规模 | | □ 大型 □ 中型  □ 小型 □ 微型 | |
| 企业开户  名 称 |  | | 开户银行 | |  | |
| 开户银行  账 号 |  | | 劳动保障  单位代码 | |  | |
| 企业工商  注册地址 |  | | 统一社会  信用代码 | |  | |
| 企业联系人 |  | 联系电话 |  | | | |
| 上年度稳岗补贴使用情况（元）  （如上年度未申请，不填） | 职工生活补助 | 缴纳社会保险费 | 转岗培训 | 技能提升培训 | | 其他 |
|  |  |  |  | |  |
| 本年度稳岗返还使用情况（元）  （预测数，金额为上年度失业保险缴费总  额的50%） | 职工生活补助 | 缴纳社会保险费 | 转岗培训 | 技能提升培训 | | 其他 |
|  |  |  |  | |  |
| 承 诺 | 本企业郑重承诺：所提供的资料不含任何虚假信息。所享受稳岗返还资金主要用于职工生活补助、缴纳社会保险费、转岗培训、技能提升培训等稳定就业岗位相关支出。否则，本企业及法人代表承担由此产生的一切法律责任，并同意由省市相关部门列入失信企业名单，记入本企业信用档案，接受失信惩戒。  特此承诺。  承诺单位：  法人代表签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | |

附件2

人力资源机构（劳务派遣企业）人员明细表

人力资源机构（劳务派遣企业）名称（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **用工企业名称** | **是否企业** | **2019年派遣人员情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1月** | | **2月** | | **3月** | | **4月** | | **5月** | | **6月** | | **7月** | | **8月** | | **9月** | | **10月** | | **11月** | | **12月** | | **合计** |
| **人数** | **金额** | **人数** | **金额** | **人数** | **金额** | **人数** | **金额** | **人数** | **金额** | **人数** | **金额** | **人数** | **金额** | **人数** | **金额** | **人数** | **金额** | **人数** | **金额** | **人数** | **金额** | **人数** | **金额** | **金额** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

法定代表人签章： 经办人签章： 填报日期： 年 月 日

注：“人数”是指派遣企业派往用工单位的人数；“金额”是指缴纳的失业保险费总额（含单位和个人缴费）。

附件3

人力资源机构（劳务派遣企业）人员名单

人力资源机构（劳务派遣企业）名称： 用工企业名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **社会保障卡号** | **姓名** | **2019年** | | | | | | | | | | | | |
| **1月** | **2月** | **3月** | **4月** | **5月** | **6月** | **7月** | **8月** | **9月** | **10月** | **11月** | **12月** | **金额** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

劳务派遣企业法定代表人签章： 经办人签章： 填报日期： 年 月 日

用工企业法定代表人签章： 经办人签章： 填报日期： 年 月 日

注：请将派遣人员在实际派遣月份中打“√”，“金额”是指本年度缴纳的失业保险费总额（含单位和个人缴费）。