附件1

公益性岗位推荐表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生年月 |  |
| 就业情况 |  | 家庭人口 |  |
| 社保情况 |  | 手机号码 |  |
| 身份证号 |  | 拟安置岗位 |  |
| 家庭住址 |  | | |
| 就业困难人员类型 |  | | |
| 家庭情况 |  | | |
| 村（社区）  推荐意见 | 村（社区）主任（签章）：  年 月 日 | | |
| 劳动保障所  意见 | 劳动保障所负责人（签章）：  年 月 日 | | |
| 乡镇（街道）  意见 | 单位领导（签章）：  年 月 日 | | |

附件2

公益性岗位安置登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 照片 |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 文化程度 |  |
| 家庭住址 |  | | | | |
| 身份证号 |  | | 联系电话 |  | |
| 就业困难人员类别 |  | | | | |
| 个人主要工作经历 | 起止时间 | | 工作单位 | | | 工作内容 |
|  | |  | | |  |
|  | |  | | |  |
|  | |  | | |  |
|  | |  | | |  |
| 家庭主要成员情况 | 姓名 | 称谓 | 工作单位 | | | 联系电话 |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |
| 用人单位 意见 | 单位公章  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | | |
| 人社经办机构意见 | 单位公章  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | | |
| 备注：本表一式两份，用人单位一份、人社经办机构一份。 | | | | | | |

附件3

公益性岗位工作人员聘用协议书

甲方(公益性岗位提供单位):

乙方姓名(公益性岗位人员):

为规范公益性就业岗位的管理，进一步明确公益性就业岗位提供单位和到公益性岗位就业人员双方的权利和义务，现参照《中华人民共和国劳动合同法》《中华人民共和国劳动合同法实施条例》和相关法律法规制定本协议，公益性就业岗位提供单位和到公益性就业岗位就业人员共同遵守本协议所列条款。

第一条 甲方聘用乙方为公益性岗位工作人员，聘用期从 年 月 日至 年 月 日，甲方根据乙方的工作表现、考核结果，决定对乙方续聘或解聘。

第二条 甲方安排乙方从事 工作，属公益性工作岗位，乙方在公益性岗位工作期限最长不超过3年,工作期满后自动无条件退出公益性岗位。

第三条 甲方应对乙方进行思想道德、法律法规、组织纪律和安全生产等方面的教育，并加强对乙方管理。

第四条 甲方向乙方提供必需的工作条件，安排指导乙方工作。

第五条 乙方应自觉遵守甲方制定的各项规章制度，服从管理，加强学习。

第六条 乙方要认真履行岗位职责，按时保质保量完成工作任务。

第七条 工资标准：乙方在遵守甲方相关管理规定、无缺旷、迟到和早退并完成工作任务的情况下，甲方按月足额发放工资，每人每月 元，并按时足额缴纳社会保险。甲方应根据省、市就业政策规定，对符合享受补贴条件人员，每季度向市人力资源和社会保障局申请公益性岗位补贴和社保补贴。对不符合享受补贴条件人员、公益性岗位工作超过规定期限人员、单位自聘人员，市人力资源和社会保障局不给予公益性岗位补贴和社保补贴。

第八条 甲乙双方因正当理由需要提前解除聘用协议，须提前30天书面通知对方，经双方达成一致意见后方可解除聘用协议，由甲方向乙方出具书面解除聘用协议的通知，并将解除协议通知报一份到市人力资源和社会保障局备案。

第九条 乙方严重失职，违反规章制度、营私舞弊、造成严重影响，不能胜任工作，连续两季度考核不称职或年度考核不称职，甲方有权解除聘用协议。

第十条 根据《中华人民共和国劳动合同法实施条例》第十二条的规定，公益性岗位不适用劳动合同法有关无固定期限劳动合同的规定以及支付经济补偿的规定。

第十一条本协议一式三份，甲乙双方各持一份，市人力资源和社会保障局备案一份。

第十二条本协议从签订之日起生效。

甲方（单位盖章）： 乙方签字：

甲方负责人（签字）：

协议签订日期： 年 月 日

附件4

解除（终止）公益性岗位聘用协议书

姓名： ，性别： ，于 年 月招收为我单位从事公益性岗位人员，并签订了聘用协议（期限为 年 月 日至 年 月 日）。现因 ，经双方协商一致(□由用人单位提出□由个人提出)，决定自 年 月 日起与该同志解除（终止）双方签订的聘用协议。

特此证明

公益性岗位人员（签名）： 年 月 日

经办人： 法人代表： 年 月 日

（单位盖章）

附件5

用人单位公益性岗位补贴按季申报表

20 年第 季度

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 填报时间： 年 月 日 | | | | | | | | | 单位：人、元 | | |
| 上季度实际发放补贴情况 | | | | | | | | | | | |
| （ ）月份 | | | （ ）月份 | | | （ ）月份 | | | 合计 | | |
| 人数 | 岗位补贴金额 | 社保补贴金额 | 人数 | 岗位补贴金额 | 社保补贴金额 | 人数 | 岗位补贴金额 | 社保补贴金额 | 人次 | 岗位补贴金额 | 社保补贴金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上季度公共就业服务机构  已拨付补贴情况 | | | 上季度本单位补贴  结余情况 | | | 本季度预计发放  补贴情况 | | | 本季度向公共就业服务  机构申请补贴情况 | | |
| 人次 | 岗位补贴金额 | 社保补贴金额 | 人次 | 岗位补贴金额 | 社保补贴金额 | 人次 | 岗位补贴金额 | 社保补贴金额 | 人次 | 岗位补贴金额 | 社保补贴金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位接收补贴的银行账户名称 | | | | |  | | | | | | |
| 银行账号 | | | | |  | | | | | | |
| 弄虚作假、欺诈、骗取、套取或协助他人骗取、套取就业补贴资金属于严重违法行为。本单位确认以上申报材料真实有效。  申报单位（公章）： 负责人： 经办人： | | | | | | | | | | | |
| 公共就业服务机构审核意见 | | | | | | | | | | | |
| 该单位岗位补贴标准核定为每月 元。经审核发放岗位补贴和社保补贴月明细表和社保缴费情况，该单位上报数据无误，同意预付本季度岗位补贴 元，社保补贴 元。补贴资金申请从就业补助资金中列支。  负责人： 审核人： 复核人： 经办人： | | | | | | | | | | | |
| 人力资源和社会保障局意见 | | | | | | | | | | | |
| 审核人： 复核人： | | | | | | | | | | | |

附件6

用人单位公益性岗位补贴月明细表

20 年 月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 填报单位（盖章）： | | | | | | | | | | | 填报时间： | | | | | 单位：元 |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 从事岗位 | 实际发放工资（含个人社保缴费部分） | 实际缴纳社会保险情况 | | | | | | 岗位补贴金额 | 社保补贴金额 | | | 联系电话 | 个人签字 |
| 养老保险 | | 医疗保险 | | 失业保险 | | 养老  保险 | 医疗  保险 | 失业  保险 |
| 个人 | 单位 | 个人 | 单位 | 个人 | 单位 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件7

用人单位公益性岗位季度管理考核情况汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 填报单位（盖章）： | | | | | | | | | 填报时间： 年 月 日 | | | | |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 所在村（社区） | 在岗状态 | | | 履行职责情况  （按选项勾选） | | | 管理与监督情况 | | | 备注 |
| 是否  空挂 | 是否  空岗 | 是否  顶岗 | 优秀 | 称职 | 不称职 | 是否胜任  工作 | 人员监督  是否到位 | 有无群众  投诉情况 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：①“空挂”指安置对象未在用人单位上班，而通过该单位申报套取补贴的现象；②“空岗”指安置对象已与用人单位终止劳动关系，但用人单位继续申领补贴的现象；③“顶岗”指安置对象长期利用他人顶替自己履行职责并通过用人单位获得补贴的对象。 | | | | | | | | | | | | | |

附件8

公益性岗位日常监督表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 填报单位（盖章）： | | | | | | 填报时间： 年 月 日 | | | |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 所在村  （社区） | 抽查时间 | 是否在岗 | 是否顶岗 | 是否胜任工作 | 有无群众投诉 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件9

公益性岗位人员在岗巡查记录表

|  |  |
| --- | --- |
| 巡查日期 |  |
| 参加人员 |  |
| 巡查记录  （附照片） |  |
| 记录人： 监督人： | |

附件10

公益性岗位检查表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 检查内容 | 检查情况 | 备注 |
| 1 | 有无专人负责公益性岗位日常管理工作 |  |  |
| 2 | 是否存在空岗、空挂岗位且未及时上报 |  |  |
| 3 | 是否有冒名顶岗、弄虚作假现象 |  |  |
| 4 | 是否存在扣发补贴情况 |  |  |
| 5 | 是否存在吃空饷情况 |  |  |
| 6 | 是否按规定签（续）订劳动合同或聘用协议书 |  |  |
| 7 | 是否为公益性岗位人员缴交社会保险费 |  |  |
| 8 | 是否按季申请公益性岗位补贴 |  |  |
| 9 | 各项工作基础档案是否全面、完整、归档 |  |  |

检查组人员（签字）：

年 月 日

福鼎市人力资源和社会保障局 2024年8月26日印发