附件1

连云港市市区职业介绍推荐残疾人就业

中介机构补贴申请审批表

|  |  |
| --- | --- |
| 中介机构名称 |  |
| 单位性质 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 人力资源管理服务许可证号 |  | 劳务派遣服务许可证号 |  |
| 法定代表人(负责人)  |  | 联系电话 |  |
| 单位地址 |  |
| 开户银行 |  |
| 银行账号 |  |
| 推荐残疾人就业人数 |  人 | 申请补贴金额 |  元 |
| 本次所提交的各项申请材料真实有效，不含虚假内容，自愿承担由此产生的相关责任。中介机构法定代表人签字： （公章）     年  月  日 |
| \_\_\_\_\_区残联（社会事业局）审核意见 | 按《市残联市人社局市财政局关于印发连云港市市区促进残疾人就业创业扶持办法的通知》（连残发〔2019〕41号）有关规定，经审核，中介机构推荐就业残疾人符合条件 人，享受职业中介补贴 元。（公章）经办人： 负责人： 年 月 日 |
| 市残联审批意见 | （公章）年 月 日 |

附件2

连云港市市区职业介绍推荐残疾人就业花名册

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 残疾人证号 | 推荐就业单位名称 | 工作岗位 | 社保缴纳初始日期 | 稳岗就业时间（月） | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

附件3

用人单位满意度调查表

中介机构名称: 调查时间: 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 评价对象  | 评价质量评价内容 | 满意 | 较满意 | 差 |
| 人力资源服务机构 | 服务内容 |  |  |  |
| 服务质量 |  |  |  |
| 跟踪服务 |  |  |  |
| 残疾人 | 工作能力 |  |  |  |
| 工作态度 |  |  |  |
| 适应能力 |  |  |  |

我单位同意以上调查情况。

被调查人（用人单位）： （公章）

说明：《用人单位满意度调查表》由中介机构向用人单位发放、回收并统计。

附件4

申请职业介绍推荐残疾人就业中介机构

补贴承诺书

根据《关于2023年度市区职业介绍推荐残疾人就业中介机构补贴申报的通知》的要求，我单位已提交了所要求的材料，我们郑重承诺：

我们所提供的材料是真实完整的，所提供的材料中的残疾人员工在用人单位有确定的工作岗位，在岗位时间已达到6个月以上，残疾人员工工资已按国家相关规定发放到位，残疾人员工社会保险费已经足额缴纳。

如有违反上述承诺，我们愿意承担相应的法律责任。

单 位（章）

法人代表（签字）

日 期 年 月 日

附件5

连云港市市区职业介绍推荐残疾人就业中介机构补贴汇总表

填报单位（盖章）： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 中介机构名称 | 单位地址 | 推荐残疾人就业数 | 补贴标准（元） | 补贴金额（元） | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

经办人（签字）： 业务处室负责人（签字）： 分管领导（签字）：