**北京市残疾人自主创业就业**

**社会保险补贴申请审批表**

审批表编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 残疾人证号 |  | 联系电话 |  |
| 户籍所在街道（乡、镇） |  |
| 家庭住址 |  |
| 首次参加社会保险时间 |  | 存档单位 |  |
| 参加社会保险情况 | □基本养老保险 □基本医疗保险 □失业保险 |
| 个人申请 | 本人按照《关于进一步促进本市残疾人就业工作的若干措施》（京残发〔2018〕26号）申请享受社会保险补贴。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。 本人签字： 年 月 日 |
| 街道（乡镇）残联意见  | 申请人符合享受社会保险补贴条件，建议从 年 月起给予补贴。 （公章）经办人： 负责人： 年 月 日 |
| 区残疾人就业服务机构意见 |  （公章）经办人： 负责人： 年 月 日 |
| 区残联意见 |  （公章）经办人： 负责人： 年 月 日 |

注：此表一式三份，区残疾人就业服务机构、街道（乡镇）残联、残疾人档案各一份

**北京市残疾人一次性**

**补缴社会保险补贴申请审批表**

审批表编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 残疾人证号 |  | 联系电话 |  |
| 户籍所在街道（乡镇） |  |
| 参保及补缴情况 | 基本养老保险 |  按年缴费 年 个月，补缴 年 个月，补缴标准 元/月，补缴金额 元 |
| 基本医疗保险 |  按年缴费 年 个月，补缴 年 个月，补缴标准 元/月，补缴金额 元 |
| 一次性补缴社会保险费补贴申请 | 本人按照《关于进一步促进本市残疾人就业工作的若干措施》（京残发〔2018〕26号）申请享受一次性补缴社会保险补贴。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。本人签字： 年 月 日  |
| 街道（乡镇）残联意见 | 申请人符合一次性补缴社会保险费补贴条件。 年 月 日，按规定一次性补缴了基本养老保险费 元、基本医疗保险费 元。（公章）经办人： 负责人： 年 月 日  |
| 区残疾人就业服务机构意见 | 申请人按规定一次性补缴了社会保险费。建议给予其一次性补缴社会保险补贴 元。（公章）经办人： 负责人： 年 月 日 |
| 区残联意见 |  （公章）经办人： 负责人： 年 月 日 |

注：此表一式三份，区残疾人就业服务机构、街道（乡镇）残联、残疾人档案各一份

**北京市停止享受残疾人**

**自主创业就业社会保险补贴审批表**

审批表编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 残疾人证号 |  | 联系电话 |  |
| 户籍所在街道（乡镇） |  |
| 家庭住址 |  |
| 享受社会保险补贴时间 | 该残疾人于 年 月开始享受社会保险补贴，补贴时间为 年 个月，补贴总金额为 元。从 年 月停止补贴。 |
| 停止社会保险补贴原因 | □1.实现单位就业□2.享受其他社会保险补贴政策□3.未按规定缴纳社会保险费□4.不符合补贴政策□5.其他： |
| 街道（乡镇）残联意见 | （公章）经办人： 负责人： 年 月 日 |
| 区残疾人就业服务机构意见 | （公章）经办人： 负责人： 年 月 日 |
| 区残联意见 | （公章）经办人： 负责人： 年 月 日 |

注：此表一式三份，区残疾人就业服务机构、街道（乡镇）残联、残疾人档案各一份