公益性岗位补贴

### 公益性岗位认定

一、设立依据

1.《湖北省就业促进条例》（2010年5月27日湖北省人民代表大会常务委员会公告第107号，2019年、2020年分别修订）；

2．《省人社厅 省财政厅关于进一步规范公益性岗位开发管理工作有关问题的通知》（鄂人社发〔2012〕47号）；

3．《省财政厅 省人力资源和社会保障厅关于印发〈湖北省就业补助资金管理办法〉的通知》（鄂财社发〔2017〕102号）；

4.《人力资源和社会保障部 财政部关于做好公益性岗位开发管理有关工作的通知》（人社部发〔2019〕124号）。

二、受理条件

经县级以上人力资源和社会保障部门认定，用于安置就业困难人员就业的岗位，主要包括满足公共利益和就业困难人员需要的非营利性基层公共服务类、公共管理类岗位，一般不包括机关事业单位管理类、专业技术类岗位。

三、受理时间及联系方式

工作日上午8:30-12:00；下午2:00-5:00

联系方式：0714-8724593

四、受理方式

大冶市市民之家人社窗口或网上受理（湖北政务服务网）。

五、办理材料

1.《公益性岗位审核认定表》（原件1份）；

2．岗位申报报告（原件1份）。

六、办理流程

1．申请。用人单位可在公共服务机构现场办理或通过线上申请。

2．受理。核验用人单位提供的相关材料，将信息录入系统进行比对。若不符合要求，一次性告知申请人，将材料一并退回；若符合要求，当即受理。

3．审核。为用人单位办理公益性岗位认定，并在系统中记录相关情况。

4．存档。将业务资料归档留存。

七、办理时限

5个工作日。

八、业务表单

《公益性岗位审核认定表》。

业务表单

公益性岗位审核认定表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 开发（提供）公益性岗位单位 | |  | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 单位意见：  年 季度，按照市（区）政府积极做好就业再就业工作的要求，出资开发了公益性岗位 个。具体岗位名称和上岗人数详见下表。  负责人： （盖章）  年 月 日 | | | |
| 岗位名称 | 数量 | 劳动报酬 | 用人起止时间 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 单位  申请  承诺 | 本单位承诺：以上内容均真实、准确、有效，如与实际情况不一致，愿意承担相应责任。  申请单位签章： 年 月 日 | | |
| 人力资源社会保障部门审核意见 | 经办人：  单位负责人：  单位盖章： 年 月 日 | | |

公益性岗位补贴和公益性岗位社会保险补贴申领

一、设立依据

1.《湖北省就业促进条例》（2010年5月27日湖北省人民代表大会常务委员会公告第107号，2019年、2020年分别修订）；

2.《省财政厅 省人力资源和社会保障厅关于印发〈湖北省就业补助资金管理办法〉的通知》（鄂财社发〔2017〕102号）；

3．《人力资源和社会保障部 财政部关于做好公益性岗位开发管理有关工作的通知》（人社部发〔2019〕124号）。

二、受理条件

对公益性岗位安置就业困难人员进行就业登记的用人单位，缴纳社会保险费的单位可以申请公益性岗位补贴和公益性岗位社会保险补贴。

三、受理时间及联系方式

工作日上午8:30-12:00；下午2:00-5:00

联系方式：0714-8724593

四、受理方式

大冶市市民之家人社窗口或网上受理（湖北政务服务网）。

五、办理材料

1．《湖北省公益性岗位补贴和公益性岗位社会保险补贴申请表》（原件1份）；

2．《公益性岗位补贴和公益性岗位社会保险补贴人员花名册》（原件1份）；

3．劳动合同（复印件1份）。

六、办理流程

1．申请。用人单位可在公共服务机构现场办理或通过线上申请。

2．受理。核验用人单位提供的相关材料，将信息录入系统进行比对。若不符合要求，一次性告知申请人，将材料一并退回；若符合要求，当即受理。

3．审核。为用人单位办理公益性岗位补贴和公益性岗位社会保险补贴申报，并在系统中记录相关情况。

4．存档。将业务资料归档留存。

七、办理时限

25个工作日（不含公示期）。

八、业务表单

1．《湖北省公益性岗位补贴和公益性岗位社会保险补贴申请表》；

2．《公益性岗位补贴和公益性岗位社会保险补贴人员花名册》。

业务表单1

湖北省公益性岗位补贴和公益性岗位社会保险补贴申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 单位负责人 |  |
| 开户银行 |  | 银行账号 |  |
| 申报岗位  补贴人数 |  | 申报社会保险补贴人数 |  |
| 申请补贴  时段 | 年 月至 年 月 | 申请补贴  时段 | 年 月至 年 月 |
| 单位  申请  承诺 | 我（单位）严格遵守法律法规和规章政策，已知晓领取就业资金补贴的有关规定，对所提交的材料真实性完全负责，接受并配合相关机构的审计、检查、评估等；如有伪造证明材料、瞒报谎报、虚报申领等违规领取的，将退回资金，并承担相应的法律责任。    申请单位:（盖章） 年 月 日 | | |
| 核定岗位  补贴人数 |  | 核定社会保险补贴人数 |  |
| 核定补贴  时间 | 年 月 至 年 月 | | |
| 核定岗位补贴标准（元/人/月） |  | 核定社会保险补贴标准（元/人/月） |  |
| 核定情况 | 核定岗位补贴金额合计： （元） | | |
| 核定社会保险补贴金额合计： （元） | | |
| 核定两项补贴金额合计： （元） | | |
| 人力资源社会保障部门审核意见 | 经办人：  单位负责人：  单位盖章： 年 月 日 | | |

业务表单2

公益性岗位补贴和公益性岗位社会保险补贴人员花名册

单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证  号码 | 联系  电话 | 人员  类别 | 劳动合同起止时间 | 申报 补贴 月份 | 工资 标准 | 社会保险月缴费基数 | 单位实际月缴纳基本养老保险费 | | 单位实际月缴纳基本医疗保险费 | | 单位实际月缴纳失业保险费 | |
| 比例 | 金额 | 比例 | 金额 | 比例 | 金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | | | | | | | | | |  |  | |  | |  | |

单位:（盖章） 单位负责人： 填表日期：年 月 日

说明：“人员类别”包括：经认定的就业困难人员（包括女性年满40周岁或者男性年满50周岁的失业人员（简称大龄就业困难人员）、连续失业1年以上人员、失地农民、城镇零就业家庭成员或者享受城镇居民最低生活保障的人员、农村零转移就业贫困家庭成员、毕业一年以上未就业的高校毕业生、残疾人、各级社会福利机构供养的成年孤儿和社会成年孤儿）、建档立卡贫困人员、登记失业人员（仅临时性公益性岗位安置）。