附件1

西咸新区用人单位在职残疾职工认定申报表

单位名称 （公章）： 申报年度：2020

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属税务机关 | | |  | | | | 统一社会信用代码 | |  | | 单位地址 | |  | |
| 单位性质 | | |  | | 经办人 | |  | 联系电话 | |  | 邮政编码 | |  | |
| 在职残疾职工信息 | 序号 | 姓名 | 性别 | 残疾类别 | 等级 | 劳动合同起止时间 | 月均工资（元） | 身份证号 | | 残疾人证或残疾军人证号 | 养老保险个人编号 | 是否劳务派遣 | 劳务派遣单位名称 | 劳务派遣单位统一社会信用代码 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 备注：1、用人单位如实填报并确保信息资料的真实准确，若填报信息有误或不实，填报单位承担一切后果。2、此表若有涂改无效。 | | | | | | | | | | | | | | |

法人代表或单位负责人： 填表人： 填表日期： 年 月 日

填表说明：1.本表一式两份，用于申报本单位在职残疾职工时同其它相关资料一同填报，各新城人社民政局（民政局）审核认定时使用。2.“单位性质”指机关、团体、企业、事业单位、民办非企业单位等。3.“残疾类别”指《中华人民共和国残疾人证》（二代证）中的视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾、多重残疾或《中华人民共和国残疾军人证》（1至8级）。4.“等级”指《中华人民共和国残疾人证》或《中华人民共和国残疾军人证》评定级别。5.本表所填在职残疾职工均不包含离退休职工。6.在职残疾职工名单表格不足时可加附此表