**省级征收单位2020年度安排残疾人就业情况申报表**

用人单位（公章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 用人单位名称 | | |  | | | | | | 统一社会  信用代码 | |  | | | | 单 位  法 人 |  | |
| 单位联系人 | | |  | | 联系电话 | |  | | 手 机 | |  | | | | 单 位  性 质 |  | |
| 联系地址 | | |  | | | | | | | | | | | | 邮 政  编 码 |  | |
| 残疾人职工数 人 | | | | | | | 其中：1. 一、二级残疾人职工 人  2. 一至三级伤残军人职工 人 | | | | | | | | | | |
| 残疾人  职工姓名 | 性别 | 身份证号 | | 残疾  类别 | | 残疾  等级 | 残疾人证号/  残疾军人证编号 | 文化  程度 | | 合同期限 | | 就职  岗位 | 申报年度社保缴费起止月 | 月平均  工资（元） | | 本人手机号码 | 是否为  劳务派遣（如果是请填写表二） |
| 年 月至 年 月 | |
|  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |

备 注：1. 残疾人为劳务派遣用工关系请填写表二，并附上派遣用工协议；

2. 残疾人职工信息明细列表不够，可增加或复印；

1. 单位和经办人承诺所填内容真实、有效、合法。

表二

浙江省劳务派遣残疾人计入接收单位按比例就业情况申报表（2020）年度

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接收单位  名称 |  | | | | | 派遣协议  起止日期 | | |  | | | | | |
| 派遣公司  名称 |  | | | | | 派遣公司统一社会信用代码 | | | |  | | | | |
| 派遣公司法人代表 |  | 联 系 人 |  | | | 联系电话 | | |  | | 移动电话 | |  | |
| 经 办 人 |  | 经办人邮箱 |  | | | 经办人  联系电话 | | |  | | 经办人移动电话 | |  | |
| 残疾人  职工姓名 | 身份证号 | 残疾人证号/  残疾军人证编号 | | 残疾  类别 | 残疾  等级 | | 文化  程度 | 就职  岗位 | 入职时间 | 合同起止日期 | | 派遣  起止月 | | 本人联系  电话 |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| 申报  声明 | **本单位承诺所申报残疾人就业相关信息真实准确，提供材料完整，与事实相符。**  接收单位（公章） 派遣单位（公章）  经办人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |