盐池县人力资源和社会保障局文件

盐人社发〔2020〕71号

**关于做好就业困难人员灵活就业**

**社会保险补贴工作的通知**

各乡镇（盐州路街道办事处）人民政府，各有关单位：

为贯彻落实自治区人力资源和社会保障厅 财政厅《关于做好就业困难人员及高校毕业生灵活就业社会保险补贴工作的通知》（宁人社规字〔2020〕11号）精神，现就做好我县就业困难人员灵活就业社会保险补贴工作有关事宜通知如下：

一、社会保险补贴范围

**就业困难人员灵活就业社会保险补贴对象。**凡具有我县居民户籍，以非全日制就业、临时性就业等弹性工作方式就业，且于上年12月31日前以灵活就业人员身份进行就业登记，并已自行缴纳了上年度企业基本养老、城镇职工基本医疗保险费的“4050”就业困难人员（男50周岁－60周岁，女40周岁－50周岁）。

**就业困难人员社会保险补贴范围不包含以下人员：**缴费年度已被用人单位招用并签订劳动合同的人员；缴费年度已领取工商营业执照的企业、个体工商户、农民专业合作社的法定代表人或负责人（营业执照已注销、吊销的除外）；缴费年度正在享受创业担保贷款（含妇女创业担保贷款）的人员；缴费年度正在领取失业保险金的人员；缴费年度已达到法定退休年龄的人员。

二、社会保险补贴年限及标准

**（一）灵活就业人员享受社会保险补贴年限。**除对距法定退休年龄不足5年的就业困难人员可延长至退休外，其余人员社会保险补贴年限最长不超过3年（以初次核定其享受社会保险补贴时年龄为准）。

对就业困难人员享受社会保险补贴政策期满仍未实现稳定就业的，政策享受期限可延长1年，实施期限为2020年1月1日至12月31日。

由于其他原因暂时停缴社会保险费，后又以灵活就业人员身份续缴企业职工基本养老、城镇职工基本医疗保险的就业困难人员，可继续享受社会保险补贴，补贴年限前后累计不得超过3个自然年度。除可整年度享受政策的人员外，其他人员由人力资源社会保障部门依据申请人实际缴费情况核定其应享受补贴的月数和金额。

**（二）灵活就业人员社会保险补贴标准。**就业困难人员自主选择60%-300%缴费档次，按规定缴纳企业职工基本养老保险和城镇职工基本医疗保险的，给予定额补助，即养老保险3724元、医疗保险1862元。

三、申报材料

1.《就业困难人员灵活就业社会保险补贴申报表》（见附件1）；

2.居民身份证原件及复印件；

3.户口本原件及复印件；

4.本人社会保障卡（开通金融功能）原件及复印件。

四、补贴程序

社会保险补贴实行“先缴后补”的原则，每年一次性申报、拨付、结清。

五、申报时间及地点

**（一）申报时间：**2020年6月1日—7月31日，逾期将不再受理。

**（二）申报地点及联系方式：**

1.盐池县花马池镇劳动保障站：0953-6013682

2.盐池县王乐井乡劳动保障站：0953-6640003

3.盐池县高沙窝镇劳动保障站：0953-6628131

4.盐池县麻黄山乡劳动保障站：0953-6690034

5.盐池县大水坑镇劳动保障站：0953-6719580

6.盐池县惠安堡镇劳动保障站：0953-6679574

7.盐池县冯记沟乡劳动保障站：0953-6659005

8.盐池县青山乡劳动保障站： 0953-6748646

9.盐池县盐州路街道办： 0953-6015682

六、工作要求

**（一）严格审核，强化管理。**要进一步加强数据共享，通过与市场监管、社保、劳动监察等相关部门数据比对核实，提高数据准确性，将补贴情况及时录入“一卡通”就业信息管理系统。主动接受群众监督，对审核结果进行公示，坚决杜绝冒领和违规发放。

**（二）调查汇总，按时上报。**各乡镇（街道办）于7月底进行报送，报送的资料需经调查核实，确保内容信息真实可靠，加盖公章后将纸质版申报资料上报盐池县就业创业和人才服务中心（县政务服务中心二楼就业中心审批室206），《就业困难人员灵活就业社会保险补贴申报审批汇总表》（见附件2）电子版报送至邮箱，并请各乡镇及街道办做好资料备份工作。

**注：**因工作需要，请各乡镇（街道办）灵活就业人员社会保险补贴经办人员于2020年5月30日上午10点在盐池县政务服务中心五楼会议室对就业困难人员灵活就业社会保险补贴文件、申请资料和办理流程进行解读。

联系人：卢柳彤 薛娜

联系电话：0953-6688290

邮箱：1427959119@qq.com

附件：1.就业困难人员灵活就业社会保险补贴申报表

 2.就业困难人员灵活就业社会保险补贴申报审批汇总表

 盐池县人力资源和社会保障局

 2020年5月27日

（此件公开发布）

盐池县人力资源和社会保障局　　 2020年5月27日印发

附件1

就业困难人员灵活就业社会保险补贴

申报表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 户籍地址 |  |
| 社会保障卡金融账户开户银行 |  | 社会保障卡金融账户帐号 |  |
| 人员类别 |  就业困难人员 |
| 申请人承诺本人已充分了解就业困难人员灵活就业社会保险补贴政策。申报资料真实，如有虚假，愿承担一切责任；本人将积极主动配合各级公共就业服务机构、街道社区劳动保障机构的监督管理等工作。申请人签名：  年 月 日 |
| 街道（乡镇、社区）、社区劳动保障工作机构意见：（盖章）  年 月 日 |

**（第二页）**

|  |
| --- |
| （粘贴个人社会保障卡或身份证复印件处） |

附件2

就业困难人员灵活就业社会保险补贴申报审批汇总表

填报单位（盖章）： 填报日期： 年 月 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 年龄 | 性别 | 联系电话 | 居民身份证号 | 社会保障卡金融账户开户银行 | 社会保障卡金融账户账号 | 已享受情况 | 核定补贴金额 |
| 养老保险 | 医疗保险 | 合计 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |

填报单位负责人（签章）： 单位经办人（签章）