

附件1

云南省劳务派遣单位失业保险稳岗返还资金申请表

(____年度)

单位名称				单位经济性质	☐ 国有企业 ☐ 民营企业 ☐ 其他_____	
单位地址				法定代表人		
单位联系人		联系方式	座机: 手机:	联系人邮箱		
统一社会信用代码				单位参保编码		
基本账户开户银行				基本账户账号		
上年度平均参保缴费人数				上年度失业并领取失业保险金人数		
裁员率(%)				上年度实际缴纳失业保险费金额		
本次申请稳岗返还比例						
申请稳岗返还金额						
其中:	自有员工(含依法开展承揽、外包业务招用的劳动者)部分					
	被派遣劳动者部分					
上次申请稳岗返还金额(____年度)						
劳务派遣单位和用工单位享受的稳岗返还资金,可用于职工生活补助、缴纳社会保险费、转岗培训、提升技能培训等稳定就业岗位以及降低生产经营成本支出。						
用工单位明细						
序号	用工单位名称	用工单位行业	是否属机关事业单位	派遣人数	稳岗返还金额	是否就资金分配和使用达成一致意见
1						
2						
3						
(可另附页)						

单位申报意见及承诺	我单位依法参加失业保险，已按时足额缴纳失业保险费，按照劳动合同法规定与被派遣劳动者签订二年以上劳动合同，我单位依法诚信经营，无严重违法、经营异常等情况，不属于失信责任主体和僵尸企业，未被列入经营异常名录，符合稳岗返还申报条件。 收到失业保险稳岗返还资金后，涉及被派遣劳动者用工单位的资金将按用工单位明细于30日内足额划拨到委托企业；涉及本单位自有员工的资金，将按使用规定用于职工生活补助、缴纳社会保险费、转岗培训、提升技能培训等稳定就业岗位以及降低生产经营成本支出。 我单位承诺如实申报，所提交的材料均真实有效，如有虚假将承担相应责任。 经办人签名： 法定代表人（负责人）签名： 申报单位（盖章） 年 月 日
县级人力资源社会保障部门审核意见	经审核，该单位依法参加失业保险并足额缴费，____年度缴纳失业保险费____元，符合失业保险基金稳岗返还申报条件，本次单位申请稳岗返还金额____元，我单位拟同意给予该单位稳岗返还____元（大写：_____）。 经办人签名： 法定代表人（负责人）签名： 审核单位（盖章） 年 月 日

注：1. 本表一式2份。审核结束后，由县级人力资源社会保障部门和劳务派遣单位各留存1份。

附件2

云南省劳务派遣单位失业保险稳岗返还资金分配协议书

(____年度)

劳务派遣单位	单位名称		单位经济性质	☐ 国有企业 ☐ 民营企业 ☐ 其他_____
	单位地址		法定代表人	
	单位联系人		联系方式	
	劳务派遣人数			
	应拨付用工单位稳岗返还金额		元	
实际用工单位	单位名称		单位经济性质	☐ 国有企业 ☐ 民营企业 ☐ 其他_____
	单位地址		法定代表人	
	单位联系人		联系方式	
	单位所属行业		是否属机关事业单位	
	是否就资金分配和使用达成一致意见			
	接受劳务派遣人数			
	享受稳岗返还金额		元	
	劳务派遣单位和用工单位享受的稳岗返还资金，可用于职工生活补助、缴纳社会保险费、转岗培训、提升技能培训等稳定就业岗位以及降低生产经营成本支出。			

用工单位资金使用以及对 填写内容真实性的承诺	我单位与XX企业为劳务派遣关系，收到该单位拨付的稳岗返还资金后资金将用于职工生活补助、缴纳社会保险费、转岗培训、提升技能培训等稳定就业岗位以及降低生产经营成本支出。 我单位承诺上述填报信息和所提交的材料均真实有效，如有虚假承担一切法律责任。 经办人签名： 法定代表人（负责人）签名： 申报单位（盖章） 年 月 日
劳务派遣单位资金拨付以及对 填写内容真实性的承诺	XX企业为我单位派遣企业，我单位收到失业保险稳岗返还资金后将于30日内足额划拨到该用工单位，并告知该单位按规定使用稳岗返还资金。 我单位承诺该派遣企业填报信息属实，所提交的材料均真实有效，如有虚假承担一切法律责任。 经办人签名： 法定代表人（负责人）签名： 申报单位（盖章） 年 月 日

注：1. 本表一式3份。审核结束后，由县级人力资源社会保障部门、劳务派遣单位和用工单位各留存1份。