南漳县用人单位安排残疾人就业申报表

单位名称（盖章）： 申报年度： 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 单位所属性质 |  | 纳税人识别码（统一社会信用代码） |  | 法人代表 |  |
| 经办人 |  |
| 联系方式 |  | 上年在职职工人数 |  | 安排就业残疾人数 |  | 单位地址（邮编） |  |
| 安置残疾人情况 | 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 残疾类别 | 残疾等级 | 残疾人（残疾军人）证号 | 联系电话 | 合同起止时间 | 工作岗位 | 社保缴纳情况 | 月工资（元） | 审核认定 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （可另附页） |

填表人：审核人：填表日期：

填表说明：1、“单位所属性质”指机关、团体、企业、事业单位和民办非企业单位等。2、“残疾人”指持有《中华人民共和国残疾人证》上注明属于视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾和多重残疾的人员，或者持有《中华人民共和国残疾军人证》（1至8级）的人员。3、“社保缴纳情况”指用人单位是否缴纳了残疾职工上年全年的社保。4、“审核认定”指审核人对用人单位申报的安置残疾人是否符合要求的认定。5、“上年在职职工人数”指《湖北省残疾人就业保障金征收使用管理实施办法》（鄂财法规〔2017〕11号）规定计算的用人单位在职职工人数。6、本表所填残疾职工均不包含离退休职工。7、此申报表一式两份，残疾人就业服务机构、用人单位各执一份。

单位声明：此表申报各项数据内容真实、准确，如有虚假，愿承担法律责任。