附件1

|  |
| --- |
| 大连市一次性扩岗补助申请认定表 |
| 申请单位（盖章）: |  |  |  |
| 单位名称 | 　 | 统一社会信用代码 | 　 |
| 法人姓名 | 　 | 法人联系电话 | 　 |
| 单位地址（注册地） | 　 |
| 开户银行 | 　 | 账号 | 　 |
| 开户名称 | 　 | 　 | 　 |
| 单位类型 | 　 | 经济类型 | 　 |
| 隶属关系 | 　 | 所属行业 | 　 |
| 联系人 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 申请补贴人数（人） | 　 | 申请一次性扩岗补助金额（元) | 　 |
|  **企业承诺**我单位申请一次性扩岗补助资金并做出如下承诺：1.我单位提交的申请资料真实有效。2.我单位提交的银行开户信息真实有效。3.一次性扩岗补助资金同一人员身份信息只能享受1次，不得跨企业、跨年度、跨地区、跨资金渠道重复享受，与往年一次性吸纳就业补贴或往年一次性扩岗补助不可兼得。我单位已知晓政策。单位负责人： 经办人：日期： |  **初审意见：** 经办人： 经办机构：  年 月 日 |
|  **复审意见：** 经办人： 复核人： 经办机构：（盖章）  年 月 日 |

备注：1.本表一式两份，由申请单位、就业服务机构各执一份。

2.隶属关系指中央、部属、省属、市地属、区县属、区县属以下、部队、其他。

附件2

|  |
| --- |
| 大连市一次性扩岗补助资金人员信息表 |
| 单位名称：（公章） |  |  |  |  |  |  |  |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份****证号** | **数据类别** | **劳动合同起止时间** | **2024年社会保险缴费月数** | **2025年社会保险缴费月数** | **失业登记时间** | **毕业年度** |
| 栏次 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

 填表说明：1.第4栏填写人员类别代码：2024年、2025年普通高校毕业生填“A”；2022年、2023年离校未就业高校毕业生填“B”；

 16-24岁登记失业青年填“C”。

 2.1-7栏为必填项，A、B类填写9栏，C类填写8栏。

 3.此表人数应与《大连市一次性扩岗补助申请认定表》的申请补贴人数一致。

附件3

一次性扩岗补助资金分配协议书明细表

单位名称：（公章）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **实际用工企业名称** | **用工企业统一社会信用代码** | **协议书编号** | **签订时间** | **吸纳人数** | **分配比例** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**注：分配比例=实际用工企业分配金额/劳务派遣单位分配金额**

经办人：（签字） 经办人电话：