附件

深圳市在岗就业残疾人岗位补贴申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | |
| 残疾人/残疾军人/伤残人民警察证件号 |  | | | 残疾类别 |  | |
| 社会保障号码 |  | | | 残疾等级 |  | |
| 户口所在地 |  | | | 联系电话 |  | |
| 开户银行 |  | | | 银行账号 |  | |
| 就业单位  情况 | 单位名称 |  | | | | |
| 单位地址 |  | | | | |
| 联系人 |  | | 联系电话 |  | |
| 补贴项目及标准 | | | | | | |
| 在岗时间 | | | | 补贴时间 | 补贴标准 | 补贴金额 |
| □1月 □2月 □3月 □4月 □5月 □6月  □7月 □8月 □9月 □10月 □11月 □12月 | | | |  | 1080 |  |
| 申请人  承诺 | 本人承诺：  以上填报信息真实有效。本人没有重复享受政府同类补贴、资助、奖励。如有虚报瞒报，自愿全额退回款项，并承担相应法律责任。  承诺人：  年 月 日 | | | | | |
| 区(街道)  残联意见 | 经审核，□同意（□不同意）给予 个月在岗就业残疾人岗位补贴，共计： 元(大写： )。  初审人： 复核人： (公章)  年 月 日 | | | | | |