

公益性岗位补贴和公益性岗位社会保险补贴人员花名册

单位：元

序号	姓名	性别	年龄	身份证号码	联系电话	人员类别	劳动合同起止时间	申报补贴月份	工资标准	社会保险缴费基数	单位实际月缴纳基本养老保险费		单位实际月缴纳基本医疗保险费		单位实际月缴纳失业保险费	
											比例	金额	比例	金额	比例	金额
合计																

单位：（盖章）

单位负责人：

填表日期： 年 月 日

说明：

“人员类别”包括：经认定的就业困难人员（包括女性年满40周岁【1】或者男性年满50周岁【2】的失业人员（简称大龄就业困难人员）、连续失业1年以上人员【3】、失地农民【4】、城镇零就业家庭成员【5】或者享受城镇居民最低生活保障的人员【6】、农村零转移就业贫困家庭成员【7】、毕业一年以上未就业的高校毕业生【8】、残疾人【9】、各级社会福利机构供养的成年孤儿和社会成年孤儿【10】）、建档立卡贫困人员【11】、登记失业人员【12】（仅临时性公益性岗位安置）。