附录B

“灵活就业”套餐服务申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | | |
| 基础事项 | □就业登记 | | |
| 情形事项 | □档案的接收和转递（流动人员） | | |
| □灵活就业人员参保登记 | | |
| □基本医疗保险参保和变更登记 | | |
| □灵活就业人员社会保险费申报 | | |
| 申请人（签章）：  日期： | | | |

**流动人员人事档案流转申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本**  **情况** | 档案号： | 姓名： | 曾用名： | | 性别： |  | |
| 身份证号： | | 民族： | | 婚姻状况： |
| 出生地： | | 籍贯： | | 政治面貌： |
| **联系**  **方式** | 手机： | | 家庭电话： | | | | |
| 其他号码： | |  | | | | |
| 联系地址： | | | | 邮编： | | |
| 紧急联系人： | | 手机： | | 其他号码： | | |
| 联系地址： | | | | 邮编： | | |
| **学历**  **情况** |  | 学历性质 | 毕业时间 | | 毕业学校 | | 专业 |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
| **工作**  **情况** | 现工作单位： | | | | 参加时间： | | |
| 原工作单位： | | | | 离开时间： | | |
| 档案所在单位或机构： | | | | | | |
| 现在档案所在机构地址： | | | 现在档案所在机构联系方式： | | | |
| **最高**  **职称** | 职称名称： | | 级别： | | 授予时间： | | |
| 授予单位： | | | | 获取方式： | | |
| **委托**  **方式** | 个人委托□ 单位委托□ 单位名称： 集代号： | | | | | | |
| **本人现已（毕业□ 辞职/辞退□ 解除/终止劳动关系□ 其他** **），申请把原存档单位或机构的人事档案转入委托贵单位管理。本人承诺和保证所填内容及提供材料真实有效，意愿表达清楚准确，如有不当行为，由本人承担一切责任。**  **申请人签名： 年 月 日** | | | | | | | |
| **档案调出申请（区内人才服务机构网上协同办理专用）**  ，  **本人因** **原因，现向你单位申请调出本人人事档案至** ，**本申请为本人的真实意思表示，请予以办理。**  **申请人： 受委托人： 年 月 日** | | | | | | | |
| **备注** |  | | | | | | |

申请表

城乡居民基本医疗保险参保登记表

登记日期: 年 月 日

**申请办理 ：□新参保： □续保：**

参保社区（村委）（参保单位变更的请填写变更后的单位）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | |
| 证件类型 |  | 证件号码 | |  | |
| 联系电话 |  | 户籍所在地 | |  | |
| 参保地 |  | 家庭住址 | |  | |
| 人员类别（在相应的选项后面打“√”） | 普通人员 |  | | 低保人员 |  |
| 特困人员 |  | | 孤儿 |  |
| 事实无抚养儿童 |  | | 低收入家庭60周岁以上的老年人和未成年人 |  |
| 低收入家庭18-60周岁成员 |  | | 城镇重度残疾人 |  |
| 农村非重度残疾人 |  | | 农村一二残疾人（重度） |  |
| 返贫致贫人口 |  | | 脱贫不稳定人口 |  |
| 农村落实计划生育政策的独生子女户和双女结扎户的父母及其子女、计生特殊家庭等 |  | 城镇三四级残疾人 | |  |
|  |  | | | | |

申请人签名:

填表说明： 1.此表仅由医保经办机构各留存。

2. 特殊人员类别身份认定以相关部门出具的名单为准。

灵活就业人员养老保险登记表

个人编号： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请办理 | □参保 □停保 | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 出生年月 |  | | |
| 证件类型 |  | | | | | 电话号码 | |  |
| 证件号码 |  | | | | |
| 地址 |  | | | | | 邮政编码 | |  |
| 以下项目仅办理停保填写 | | | | | | | | |
| 停保原因 |  | | | 停保时间 | | |  | |
| **业务办理须知** | | | | | | | | |
| 1、本表适用于尚未达到法定退休年龄的无雇工的个体工商户、未在用人单位参加基本养老保险的非全日制从业人员及其他灵活就业人员；  2、办理养老保险登记需提供社会保障卡或居民身份证，港澳台居民提供港澳台居民居住证，验原件；停保指停止缴纳社会保险费，参保人死亡的，停保时间为死亡次月。  3、委托办理的，提供上述2点中提到的委托人证件复印件1份，代办人身份证，验原件，委托书，原件1份。  4、请参保人员在申请办理业务上打“√”；  5、查询个人缴费信息，可通过自助机、登录广西数智人社网上服务大厅或关注微信公众号”广西人社服务”查询。 | | | | | | | | |
| **我承诺已认真阅读以上《业务办理须知》、如实填写《灵活就业人员养老保险保险登记表》，并依照《业务办理须知》的要求办理社会保险业务。**  签名： | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |