—

附件1

单位名称(盖章):

家政服务业从业人员意外伤害保险补贴申领表

统一社会信用代码：年月日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 工作岗位 | 劳务协议起止时间 | | 商业保险机构名称 | 投保时间 | 移动电话 | 意外伤害保险补贴标准(元/人.年) | 补贴金额  (元) |
| 起始时间 | 终止时间 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 | | | | | | | |  |  | |
| 开户银行 | |  | 开户账号 |  | | 填表人 |  | 联系电话 |  | |
| 区县公共就业服务机构审核意见 | | | | | | | | | | |
| 经办人：(签章)  年月日 | | | 审核人：(签章)  年月日 | | (盖章)  年月日 | | | | | |

备注：1.此表一式两份，单位加盖公章。

2.申请单位需提供真实资料并据实填报信息，家政服务业从业人员必须符合申请条件。如与实际情况不一致，承担相应责任。

附件2

家政服务机构申领从业人员商业综合保险补贴情况公示

年月，我县(区)共有等家家政服务机构，通过商业综合保险补贴资格审核，现予以公示，欢迎社会各界对申请人情况进行监督，如有异议，请与我们联系。

公示时间：年月日--年月日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 单位名称 | 证照号码 | 单位注册地址 | 参投保险公司名称 | 参保人数 | 商业综合保险补贴金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

监督电话：县区公共就业服务中心电