

附件 1

劳务派遣单位失业保险稳岗返还申请表

(补贴年度: 2024 年)

单位名称 (盖章):

申请时间:

单位基本信息							
法定代表人		法定代表人联系电话					
工商登记注册地		统一社会信用代码					
单位社保编号		劳务派遣行政许可编号					
劳务派遣行政许可地 (发证地)		劳务派遣行政许可有效期		年 月至 年 月			
分公司备案编号 (非本地许可填报)		分公司备案有效期 (非本地许可填报)		年 月至 年 月			
联系人		联系电话					
联系地址 (文书送达地址)							
开户名称							
银行行号		支行名称					
银行帐号							
单位经营信息							
经营状态		正常£ 暂停经营 £终止经营£		上年度是否受到环保处罚		是□	否£
是否严重违法失信企业		是□	否□	是否僵尸企业		是□	否£
单位参保缴费信息							
自有员工部分上年度 失业保险费缴纳总额 (元)				申请 合计 缴纳 总额 (元)		单位 上年度 失业保 险费缴 纳总额 (元)	
劳务派遣 员工部分	申请补 贴用工 单位	总户数	上年度失业保险费 缴纳总额 (元)				
	放弃申 请用工 单位	总户数	上年度失业保险费缴纳总额 (元)				

## 承诺书

1. 本单位具有有效期内劳务派遣经营行政许可资质；
2. 申请稳岗返还资金涉及自有员工和被派遣劳动者，均为直接签订劳动合同并缴纳社会保险费用；
3. 申领资金涉及被派遣劳动者部分将全额拨付至实际用工单位，并于获得资金后 60 日内至失业保险经办机构申报资金拨付情况。
4. 将妥善保管稳岗返还资金年度拨付、使用及用工管理等佐证资料不少于五年。如违反以上承诺愿承担相应责任。
5. 本单位已知晓政策规定，将严格按照要求使用资金，自愿接受并配合审计、监督、检查。
6. 申报信息和提供相关材料真实准确，不存在将不符合政策人员纳入申领范围、弄虚作假、伪造证明材料等情况；  
如违反以上承诺自愿承担相应责任。

联系人签字：

法定代表人/负责人签字：

日期：

注：1. 派遣到机关事业单位不符合享受稳岗返还政策，应填写在**放弃申请用工单位**信息栏。

2. 拨付给实际用人单位资金需**专项单笔拨付**，并提供用人单位银行进账凭证。