附件2

|  |
| --- |
| **一、用人单位基本信息** |
| 单位名称（盖章） |  | 统一社会信用代码 |  | 税务登记证号 |  |
| 单位所属行政区 |  | 税务主管部门 |  | 残联主管部门 |  | 残保金缴纳类型 | □按年缴纳 □按月缴纳 □按季缴纳 |
| 单位性质 |  | 法人姓名 |  | 法人身份证号 |  | 法人电话 |  |
| 经济性质 |  | 经办人姓名 |  | 经办人电话 |  | 单位电话 |  |
| 行业类别 |  | 单位注册地址 |  | 单位经营地址 |  |
| **二、关联单位（劳务派遣公司）信息** |
| 序号 | 行政划分区域 | 统一社会信用代码 | 税务登记证号 | 单位名称 | 单位地址 | 单位电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **三、残疾人基本信息（共 人）** |
| 序号 |  | 身份证号 |  | 姓名 |  | 性别 |  |
| 出生日期 |  | 联系电话 |  | 户籍地类型 | □本市 □本省外市 □外省 |
| 户籍所在地 |  | 户籍地址 |  | 户口性质 | □农业 □非农业 |
| 文化程度 |  | 监护人姓名及电话 |  | 是否劳务派遣 | □是 □否 |
| 合同类型 | □无固定期限 □有固定期限 | 合同开始日期 |  | 合同结束时间 |  |
| 岗位工种 |  | 合同月薪 |  | 工资发放单位 |  |
| 社保参保单位 |  | 医保参保单位 |  | 残疾类别及等级 |  |
| 证件类型 | □残疾人证 □残疾军人证 | 证件号码 |  | 有效期开始和结束时间 |  |
| 注：有多家关联单位（劳务派遣公司）的，请逐个填写；有多名残疾人职工的，请按序号另附页编写残疾人基本信息。 |

广西壮族自治区全国残疾人按比例就业情况联网认证事项申报表

申报年度： 年 填表人： 填表日期： 年 月 日

**填 表 说 明**

1.本表仅需安排有残疾人就业的单位在采用窗口办理、快递申请办理方式时填写，采用网上办理方式无需填写。没有安排残疾人就业的单位用人单位无需填写。携带本表原件一份及相关审核材料送残疾人就业服务机构审核认定后，由残疾人就业服务机构留存。

2.本表的“年度”，指残保金计征年度。

3.用人单位基本信息：

（1）单位名称：要与填报单位名称一致，未盖公章的报表，不予确认。

（2）单位所属行政区、税务主管部门、残联主管部门：均具体填写到××省××市××县（市、区）

（3）单位性质、经济性质、行业类别：选择附表1对应项填写。

4.关联单位（劳务派遣公司）信息：有则相应填写，无则不填。有多家劳务派遣公司的，需逐个填写相关信息。

（1）行政划分区域：具体填写到××省××市××县（市、区）

5.残疾人基本信息（共 人）：有多名残疾人职工的，请按序号另附页编写残疾人基本信息。

（1）文化程度：博士、硕士、大学本科、大学专科、中等专科、职业高中、技工学校、普通中学、初级中学、小学、其他、无。

（2）监护人姓名、监护人电话：有则相应填写，无则不填。

（3）合同开始日期、合同结束时间：同一个残疾人职工申报年度内，存在多个合同的，需逐一填入开始日期和结束日期，且单个合同填写必须满一年以上，例如：开始日期为2019-8-5，结束日期为2020-8-5。

（4）岗位工种：选择附表2对应二级名称填写。

（5）残疾类别及等级：以《中华人民共和国残疾人证》、《中华人民共和国残疾军人证》评定类别和级别为准