附件1：

铜川市用人单位按比例安排残疾人就业情况表

表 号：陕残联定1表

单位法人代码： 制表机关：陕西省残疾人联合会

批准机关：陕西省统计局

单 位 全 称： 2022年 批准文号：陕统函〔2003〕20号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位  基本  情况 | 负责人  或法人 | |  | | 上级主管 | |  | | 邮政编码 | | | |  | 电话号码 |  | | 传真号码 | |  | |
| 联系人 | |  | | | | | | 单位性质 | | | |  | 单位地址 |  | | | | | |
| 开户银行 | |  | | | | | | 帐号 | | | |  | | | | | | | |
| 在职  职工  情况 | 编制数 | 单位年末人数 | 在职  职工 | 临时职工或公益性岗位职工人数 | | | 协管员人数 | | 在职残疾职工情况（人） | | | | | | | | 在职残疾职工  占在职职工％ | | | 单位年平均工资（元） |
|  |  |  |  | | |  | | 按比例应  安置数 | | | | 实际  安置数 | 少安置数 | 超额  安置数 | |  | | |  |
|  | | | |  |  |  | |
| 安置残  疾职工情况 | 性别 | | | | 残疾类别 | | | | | | | | | 用工形式 | | | | | | |
| 男 | | 女 | | 视力 | 听力 | 言语 | 智力 | 肢体 | | 精神 | 多重 | | 在职职工 | 临时职工 | 公益性岗位 | | 协管员 | | |
|  | |  | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  | | |
| 受检单位（盖章）：  法人代表：  年 月 日 | | | | | | | | | | 经办机构（盖章）：  经办人：  年 月 日 | | | | | | | | | | |

附件2：

申报资料真实性承诺书

（用人单位）郑重承诺：

在办理XXXX年度按比例安排残疾人就业审核认定事项中所提交的下列材料真实、有效，复印件与原件一致。如有隐瞒或提供的材料虚假，愿意承担一切法律后果。

□用人单位信息；

□ 年安排就业的残疾人信息；

□劳动合同/残疾人在编证明；

□发放给残疾人的工资信息；

□残疾人参保缴费信息；

□XXXXXXXXXXXX

用人单位名称（章）

法定代表人：

年 月 日

授权经办人签名： 联系电话：

附件3：

铜川市用人单位在职残疾人花名册

填报单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 参加工作时间 | 职务 | 残疾人证号 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

单位负责人： 填报人： 填报日期： 年 月 日