邵阳市劳动保障诚信等级评价申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **用人单位登记基本情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称 |  | | | | | | | | | | 单位地址 | | | | | | |  | | | | | | | | 组织机构代码 | | | |  | | | |
| 法定代表人 |  | | | | | | | | | 单位类型 | | | | |  | | | | | | | | 联系电话 | | | | | |  | | | | |
| 劳资（人事）负责人 |  | | | | | | | | | 联系电话 | | | | |  | | | | | | | | 邮政  编码 | | | | |  | | | | | |
| **用人单位用工基本情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 职工总数 |  | | | | | | | | 其中女职工数 | | | | | | | |  | | | | | 其中未成年工数 | | | | | | | | | | |  |
| **用人单位劳动保障诚信等级评价主要内容** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 应签劳动  合同人数 | |  | | | | | | | 实签劳动  合同人数 | | | | | | | |  | | | | | | | 劳动合同签  订率（%） | | | | | | | | |  |
| 是否已签订集体合同 | | 是（）  否（） | | | | | | | 是否无故拖欠、克扣职工工资情况 | | | | | | | | 是（）  否（） | | | | | | | 是否有违反劳动保护法规情况 | | | | | | | | | 是（）  否（） |
| 职工总人数（人） | | | | |  | | | | | | | | 职工年工资总额（万元） | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 应参加养老保险人数 | | |  | | | | 实参加养老  保险人数 | | | | | | |  | | | | | | 养老保险缴费工资核定金额（万元） | | | | | | | | | |  | | | |
| 应参加失业  保险人数 | | |  | | | | 实参加失业  保险人数 | | | | | | |  | | | | | | 失业保险缴费工资核定金额（万元） | | | | | | | | | |  | | | |
| 应参加医疗  保险人数 | | |  | | | | 实参加医疗  保险人数 | | | | | | |  | | | | | | 医疗保险缴费工资核定金额（万元） | | | | | | | | | |  | | | |
| 应参加工伤  保险人数 | | |  | | | | 实参加工伤保险人数 | | | | | | |  | | | | | | 工伤保险缴费工资核定金额（万元） | | | | | | | | | |  | | | |
| 应参加生育  保险人数 | | |  | | | | 实参加生育  保险人数 | | | | | | |  | | | | | | 生育保险缴费工资核定金额（万元） | | | | | | | | | |  | | | |
| 技术工种应持证上岗人数 | | | |  | | | | 技术工种实际持证上岗人数 | | | | | | | |  | | | | | 持证上岗率（%） | | | | | | | | | | |  | |
| 劳务派遣  公司名称 | | |  | | | | | 实行劳务  派遣人数 | | | | | | | |  | | | | | 劳务派遣  时间 | | | | | | | | |  | | | |
| 劳务派遣人员缴纳社保情况 | | | 参加养老保险人数 | | |  | | | | | | 参加失业保险人数 | | | | | | |  | | | | | | 参加医疗保险人数 | | | | | |  | | |
| 参加工伤保险人数 | | |  | | | | | | 参加生育保险人数 | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 原评定等级 | |  | 拟申请评定等级 |  |
| 用人单位需说明的情况和申请理由 | |  | | |
| 以上情况属实，如有虚假，本单位愿意承担相应责任，依照有关劳动保障法律、法规、规章处理。  法人代表（单位负责人）签章 年 月 日 | | | | |
| **评 审 意 见** | | | | |
| 市劳动监察局意见 | 年 月 日 | | | |
| 市  人  力  资  源  和  社  会  保  障  局  意  见 | 年 月 日 | | | |
| 公 示  结 果  记 录 |  | | | |