附件1

三明市养老护理人员入职奖补申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民族 |  | | | 学历 |  | 政治面貌 |  |
| 入职  时间 |  | |  | |  | 工作年限 |  |
| 身份证号 |  | | | | | 毕业院校 |  | |
| 毕业专业 |  | | | | | 证书编号 |  | |
| 工作单位 |  | | | | | 单位地址 |  | |
| 护理岗位  起始时间 |  | | | | | 护理岗位  连续工作  时间 |  | |
| 发放银行卡  银行名称 |  | | | | | 发放银行卡卡号 |  | |
| 办公电话 |  | | | | | 个人电话 |  | |
| 个人  工作   简历 |  | | | | | | | |
| 信 用 承 诺  本人依据《三明市养老护理人员入职和在职补贴实施办法（试行）》申请领取入职奖补奖金，保证以上及所附资料真实有效。如有不实或违反有关规定，本人将永远不享受三明市养老护理岗位入职奖补，同意有关部门将本人失信情况通报征信管理部门，并接受按国家相关规定给予处罚。    本人签名：  年　 月　 日    本单位依据《三明市养老护理人员入职和在职补贴实施办法（试行）》转交申请人　　　　的申请书及相关材料，并承诺如下：  申请人自　　　年　　月　　日起，在我单位工作，实际从事养老护理工作已满　　年，目前仍从事养老护理工作。如提供虚假承诺，同意有关部门将失信情况通报征信管理部门，并接受按国家相关规定给予机构及负责人、法人代表人以处罚。  负责人签名：  （单位盖章）  年　 月　 日 | | | | | | | | |
| 县（市、区）  民政部门  审核意见 | | 经办人：　　　　　　审核人：    （单位盖章）  年　 月　 日 | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | |

（备注：双面打印，一式两份）

附件2

三明市养老护理人员在职奖补申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民族 |  | | 学历 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业专业 |  | | 入职  时间 |  | 工作年限 |  |
| 身份证号 |  | | | | 毕业院校 |  | |
| 专业证书  类型 |  | | | | 专业证书编号 |  | |
| 工作单位 |  | | | | 单位地址 |  | |
| 护理岗位  起始时间 |  | | | | 护理岗位  连续工作  时间 |  | |
| 发放银行卡  银行名称 |  | | | | 发放银行卡卡号 |  | |
| 办公电话 |  | | | | 个人电话 |  | |
| 个人  工作   简历 |  | | | | | | |
| 信 用 承 诺  本人依据《三明市养老护理人员入职和在职补贴实施办法（试行）》申请领取入职奖补奖金，保证以上及所附资料真实有效。如有不实或违反有关规定，本人将永远不享受三明市养老护理岗位入职奖补，同意有关部门将本人失信情况通报征信管理部门，并接受按国家相关规定给予处罚。    本人签名：  年　 月　 日    本单位依据《三明市养老护理人员入职和在职补贴实施办法（试行）》转交申请人　　　　的申请书及相关材料，并承诺如下：  申请人自　　　年　　月　　日起，在我单位工作，实际从事养老护理工作已满　　年，目前仍从事养老护理工作。如提供虚假承诺，同意有关部门将失信情况通报征信管理部门，并接受按国家相关规定给予机构及负责人、法人代表人以处罚。  负责人签名：  （单位盖章）  年　 月　 日 | | | | | | | |
| 县（市、区）  民政部门  审核意见 | | 经办人：　　　　　　审核人：    （单位盖章）  年　 月　 日 | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | |

（备注：双面打印，一式两份）

附件3

三明市 年度养老护理人员入职奖补花名册

 填报单位：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **养老服务**  **机构名称** | **奖补人数** | **姓名** | **性别** | **毕业院校及专业** | **学历** | **身份证号** | **联系电话** | **奖补金额**  **（元）** | **银行卡号** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

负责人（签名）：　　　　　　　　　　　　　　　　填报人：　　　　　　　　　填报日期：　　　年　　月　　日

附件4

三明市 年度养老护理人员在职补贴花名册

 填报单位：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **养老服务**  **机构名称** | **补贴人数** | **姓名** | **性别** | **入职时间** | **工作年限** | **身份证号** | **联系电话** | **补贴金额**  **（元）** | **银行卡号** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

负责人（签名）：　　　　 　　　　　　　　　　　 填报人：　　　　　　　填报日期：　　　年　　月　　日