附件1

广东省就业困难人员认定申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 籍贯 | |  |
| 身份证号或社会保障卡号 |  | | | | 出生日期 | |  |
| 就业创业证编号 |  | | | | 文化程度 | |  |
| 技能特长 |  | | | | 联系电话 | |  |
| 培训意向 | 1．有无培训意愿： □有 □无  2．意向培训工种项目：  3．意向培训等级： □初级 □中级 □高级以上 □无 | | | | | | |
| 就业意向 | 1．意向就业地点： □仅限本乡镇（街道）内 □仅限本县（区、市）内  □仅限本地市内 □本省内不限地点 □其他，具体为：  2．意向就业工种：  3．月收入期望值： | | | | | | |
| 户籍地址 |  | | | | | | |
| 当前常住地址 |  | | | | | | |
| 本人愿意配合经办机构提供相关材料，并承诺上述个人信息以及所提供的材料均属真实，如不实愿意承担相应责任。同时本人承诺认真配合、积极接受公共就业服务机构提供的就业援助服务。    申请人签名：    年 月 日 | | | | | | | |
| 以上内容由申请人如实填写 | | | | | | | |
| 符合就业困难人员的情形 | □大龄失业人员  □残疾人员  □享受最低生活保障待遇人员  □城镇“零就业家庭”人员  □农村零转移就业原建档立卡贫困家庭人员  □失地农民  □连续失业1年以上人员  □戒毒康复人员  □刑满释放人员  □精神障碍康复人员  □失业6个月以上的退役军人  □需赡养患重大疾病直系亲属人员  □省、地级以上市人民政府规定的其他人员（具体是 ） | | | | | | |
| 提交申请材料 | □身份证或社会保障卡  □户口簿  □残疾人证或退役军人事务部门发放的伤残证件  □广东省城乡居民最低生活保障证  □无业状态承诺书  □原建档立卡贫困户材料  □被征地材料  □经过戒毒治疗并已康复材料  □刑满释放材料  □经过精神障碍治疗并已康复材料  □退出现役材料  □医院诊断材料  □居住证  □其他（具体是 ） | | | | | | |
| 公示情况 | 经办人：  年 月 日 | | | | | | |
| 社区（行政村）公共就业服务平台核实意见：  核实人（签名）：  （公章）  年 月 日 | | 街道（乡镇）公共就业服务平台核实意见：  核实人（签名）：  （公章）  年 月 日 | | | | 县级公共就业服务机构审核认定意见：  审核人（签名）：  （公章）  年 月 日 | |

备注：街道（乡镇）公共就业服务平台直接受理的，无需填写社区（行政村）公共就业服务平台核实意见。

附件2

就业困难人员初审公示

根据有关规定，经初步审查，下列人员符合就业困难人员认定条件，现予以公示 个工作日，公示截止时间为 年 月 日。如有不同意见，请于公示期间拨打监督电话反馈意见，尽可能提供事实依据，并留下真实姓名和联系方式。

监督电话：

联 系 人：

**就业困难人员初审公示名单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **所属社区（村）** | **姓名** | **类别** |
| 1 | 区 镇 社区 | 张三 | 残疾人员 |
| …… |  |  |  |
| …… |  |  |  |

经办机构名称（加盖公章）

年 月 日

附件3

不予认定就业困难人员告知书

先生/女士：

根据您在 年 月 日提交的就业困难人员认定申请，经核查，您因 的原因不符合就业困难人员认定条件，特此告知。若有异议，可在收到告知书后30日内向做出核定的公共就业服务机构同级人民政府人力资源和社会保障主管部门提出重核申请。

县级经办机构名称（加盖公章）

年 月 日

备注：下划线处根据实际情况填写，参考关键词包括：年龄、身体、户籍、登记失业时间、已实现就业、已实现创业、申请信息存在不实、申请资料不齐等。

附件4

取消就业困难人员身份告知书

先生/女士：

经核查，您因符合 的情形，现予退出就业困难人员认定，特此告知。若有异议，可在收到告知书后30日内向做出核定的公共就业服务机构同级人民政府人力资源和社会保障主管部门提出重核申请。

县级经办机构名称（加盖公章）

年 月 日

备注：下划线处根据实际情况填写，参考本办法第八条所列情形

附件5

无业状态承诺书

本人 （身份证号为 ）在此承诺：

目前，本人家庭户口中法定劳动年龄内有劳动能力和就业意愿的家庭成员全部失业，没有工作报酬和务工收入来源。

以上情况如有虚假，本人愿意承担由此产生的相关责任和后果。

本人签名：

年 月 日

附件6

重大疾病名称

1．〔恶性肿瘤——重度〕——不包括部分早期恶性肿瘤

2．较重急性心肌梗死

3．严重脑中风后遗症——永久性的功能障碍

4．重大器官移植术或造血干细胞移植术——重大器官须异体移植手术

5．冠状动脉搭桥术（或称冠状动脉旁路移植术）——须切开心包手术

6．严重慢性肾衰竭——须规律透析治疗

7．多个肢体缺失——完全性断离

8．急性重症肝炎或亚急性重症肝炎

9．严重非恶性颅内肿瘤——须开颅手术或放射治疗

10．严重慢性肝衰竭——不包括酗酒或药物滥用所致

11．严重脑炎后遗症或严重脑膜炎后遗症——永久性的功能障碍

12．深度昏迷——不包括酗酒或药物滥用所致

13．双耳失聪——永久不可逆

14．双目失明——永久不可逆

15．瘫痪——永久完全

16．心脏瓣膜手术——须切开心脏手术

17．严重阿尔茨海默病——严重认知功能障碍或自主生活能力完全丧失

18．严重脑损伤——永久性的功能障碍

19．严重原发性帕金森病——自主生活能力完全丧失

20．严重Ⅲ度烧伤——至少达体表面积的20%

21．严重特发性肺动脉高压——有心力衰竭表现

22．严重运动神经元病——自主生活能力完全丧失

23．语言能力丧失——完全丧失且经积极治疗至少12个月

24．重型再生障碍性贫血

25．主动脉手术——须开胸（含胸腔镜下）或开腹（含腹腔镜下）手术

26．严重慢性呼吸衰竭——永久不可逆

27．严重克罗恩病——瘘管形成

28．严重溃疡性结肠炎——须结肠切除或回肠造瘘术

29．恶性肿瘤——轻度

30．较轻急性心肌梗死

31．轻度脑中风后遗症——永久性的功能障碍

备注：以上重大疾病名称来源于中国保险行业协会与中国医师协会共同制定的《重大疾病保险的疾病定义使用规范（2020年修订版）》。在本办法施行期间，《重大疾病保险的疾病定义使用规范》如有修订，以其修订的重大疾病名称为准。