附件 1-1

吉林省企业职工基本养老保险病残津贴申领表 企业职工、解除劳动关系的灵活就业人员使用

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申领人基本信息 | 姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证件号码 |  | | |
| 联系手机号码 |  | | |
| 现居住地址  （精确到门牌号） |  | | |
| 相关事项告知 | 从2025年1月1日起，未达到法定退休年龄、经市（州）级以上劳动能力鉴定委员会按国家规定和程序鉴定为完全丧失劳动能力 的企业职工基本养老保险参保人员，可向待遇领取地或最后参保 地市（州）级人力资源社会保障行政部门提出领取企业职工基本 养老保险病残津贴申请，经初审、复核、公示无异议，并经省级 人力资源社会保障行政部门审核通过的，由待遇领取地社会保险经办机构按规定核定并发放病残津贴。以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取病残津贴的，由人力资源社会保障行政部门责令退回，并按照有关法律规定追究相关人员责任。 | | | |
| 申领人确认 | 本人（受托人）已认真学习并充分知晓国家企业职工基本养老保 险病残津贴政策等相关规定 ，郑重承诺申报情况和材料属实 ，如有不实，按照国家有关法律 、法规和政策规定承担相应责任。 本人（受托人）申领企业职工基本养老保险病残津贴，知悉承诺并签名确认:  年 月 日 | | | |
| 所在单位  （档案管理机构）  意见 | 我单位（申领人）提交的职工档案和申报材料真实有效，依据国 家相关法律、法规及政策规定，同意申领企业职工基本养老保险 病残津贴。若通过伪造或者变（编）造职工档案，以欺诈、伪造 证明材料或者其他手段违法领取病残津贴，骗取企业职工基本养 老保险基金的，申领人和本单位愿承担一切相关法律责任和后果。  经办人（签字）： （单位公章）：  年 月 日 | | | |

附件 1-2

吉林省企业职工基本养老保险病残津贴申领表 无用人单位实际（或视同）缴费经历的灵活就业人员使用

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申领人基本信息 | 姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证件号码 |  | | |
| 联系手机号码 |  | | |
| 现居住地址  （精确到门牌号） |  | | |
| 相关事项告知 | 从2025年1月1日起，未达到法定退休年龄、经市（州）级以上劳动能力鉴定委员会按国家规定和程序鉴定为完全丧失劳动能力 的企业职工基本养老保险参保人员，可向待遇领取地或最后参保 地市（州）级人力资源社会保障行政部门提出领取企业职工基本 养老保险病残津贴申请，经初审、复核、公示无异议，并经省级 人力资源社会保障行政部门审核通过的，由待遇领取地社会保险经办机构按规定核定并发放病残津贴。以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取病残津贴的，由人力资源社会保障行政部门责令退回，并按照有关法律规定追究相关人员责任。 | | | |
| 申领人确认 | 本人（受托人）已认真学习并充分知晓国家企业职工基本养老保 险病残津贴政策等相关规定，郑重承诺申报情况和材料属实 ，如 有不实，按照国家有关法律 、法规和政策规定承担相应责任。  本人（受托人）申领企业职工基本养老保险病残津贴，知悉承诺并签名确认 : | | | |