

云南省劳务派遣单位失业保险稳岗返还资金分配协议书

(_____年度)

劳务派遣单位	单位名称		单位经济性质	<input type="checkbox"/> 国有企业 <input type="checkbox"/> 民营企业 <input type="checkbox"/> 其他_____
	单位地址		法定代表人	
	单位联系人		联系方式	
	劳务派遣人数			
	应拨付用工单位稳岗返还金额	元		
实际用工单位	单位名称		单位经济性质	<input type="checkbox"/> 国有企业 <input type="checkbox"/> 民营企业 <input type="checkbox"/> 其他_____
	单位地址		法定代表人	
	单位联系人		联系方式	
	单位所属行业		是否属机关事业单位	
	是否就资金分配和使用达成一致意见			
	接受劳务派遣人数			
	享受稳岗返还金额	元		
<p>劳务派遣单位和用工单位享受的稳岗返还资金，可用于职工生活补助、缴纳社会保险费、转岗培训、提升技能培训等稳定就业岗位以及降低生产经营成本支出。</p>				
用工单位资金使用以及对填写内容真实性的承诺	<p>我单位与XX企业为劳务派遣关系，收到该单位拨付的稳岗返还资金后资金将用于职工生活补助、缴纳社会保险费、转岗培训、提升技能培训等稳定就业岗位以及降低生产经营成本支出。</p> <p>我单位承诺上述填报信息和所提交的材料均真实有效，如有虚假承担一切法律责任。</p> <p>经办人签名： 法定代表人（负责人）签名：</p> <p> 申报单位（盖章）</p> <p> 年 月 日</p>			
劳务派遣单位资金拨付以及对填写内容真实性的承诺	<p>XX企业为我单位派遣企业，我单位收到失业保险稳岗返还资金后将于30日内足额划拨到该用工单位，并告知该单位按规定使用稳岗返还资金。</p> <p>我单位承诺该派遣企业填报信息属实，所提交的材料均真实有效，如有虚假承担一切法律责任。</p> <p>经办人签名： 法定代表人（负责人）签名：</p> <p> 申报单位（盖章）</p> <p> 年 月 日</p>			

注：1. 本表一式3份。审核结束后，由县级人力资源社会保障部门、劳务派遣单位和用工单位各留存1份。