**Mẫu số 01**

**BẢO HIỂM XÃ HỘI CẤP TỈNH/HUYỆN**

**THÔNG TIN NGƯỜI LAO ĐỘNG CÓ TÊN TRONG DANH SÁCH THAM GIA BẢO HIỂM THẤT NGHIỆP TẠI THỜI ĐIỂM NGÀY 30 THÁNG 9 NĂM 2021**

Tên đơn vị: ……………………………………………

Mã đơn vị: .……………………………………………

Ngành nghề: ………………………………………….

Địa chỉ: ………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Mã số BHXH** | **CMND/CCCD** | **Số điện thoại(di động)** | **Thời gian đóng BHTN chưa hưởng TCTN đến hết tháng 9 năm 2021 (Tổng số tháng)** | **Ghi chú** |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |

**Mẫu số 02**

**DANH SÁCH NGƯỜI LAO ĐỘNG CÓ THÔNG TIN ĐÚNG, ĐỦ ĐỀ NGHỊ HƯỞNG HỖ TRỢ THEO QUYẾT ĐỊNH SỐ 28/2021/QĐ-TTg**

Tên đơn vị: ……………………………………………

Mã đơn vị: .……………………………………………

Ngành nghề: ………………………………………….

Địa chỉ: ………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Mã số BHXH** | **CMND/****CCCD** | **Số điện thoại (di động)** | **Thời gian đóng BHTN chưa hưởng TCTN đến hết tháng 9 năm 2021 (Tổng số tháng)** | **Thông tin tài khoản** | **Ghi chú1** |
| **Số tài khoản** | **Ngân hàng** |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
|   | *….., ngày ... tháng ... năm 2021***ĐƠN VỊ SỬ DỤNG LAO ĐỘNG***(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Trường hợp người lao động tự nguyện không nhận hỗ trợ thì ghi rõ **“Không nhận hỗ trợ”** vào cột Ghi chú.

**Mẫu số 03**

**DANH SÁCH NGƯỜI LAO ĐỘNG ĐỀ NGHỊ ĐIỀU CHỈNH THÔNG TIN HƯỞNG HỖ TRỢ THEO QUYẾT ĐỊNH SỐ 28/2021/QĐ-TTg**

Tên đơn vị: ……………………………………………

Mã đơn vị: .……………………………………………

Ngành nghề: ………………………………………….

Địa chỉ: ………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Mã số BHXH** | **CMND/CCCD** | **Số điện thoại (di động)** | **Thời gian đóng BHTN chưa hưởng đến hết tháng 9 năm 2021 (Tổng số tháng)** | **Thông tin đề nghị điều chỉnh1** | **Thông tin tài khoản** | **Ghi chú** |
| **Số tài khoản** | **Ngân hàng** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
|   | *….., ngày ... tháng ... năm 2021***ĐƠN VỊ SỬ DỤNG LAO ĐỘNG***(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Trường hợp người lao động không có trong danh sách lao động của đơn vị thì ghi là “Không có”. Trường hợp người lao động chưa có trong danh sách do cơ quan bảo hiểm xã hội gửi thì ghi là “Bổ sung”. Trường hợp điều chỉnh thông tin của người lao động thì ghi rõ thông tin cần điều chỉnh.

**Mẫu số 04**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
---------------**

**ĐỀ NGHỊ HƯỞNG HỖ TRỢ THEO QUYẾT ĐỊNH SỐ 28/2021/QĐ-TTg**

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội tỉnh/huyện...

Họ và tên: …………………………………………………………………………………

Ngày sinh: .………………………………………………………………………………..

Mã số BHXH: ……………………………………………………………………………..

CMND/CCCD: …………………………………………………………………………….

Số điện thoại: ……………………………………………………………………………..

Địa chỉ liên hệ: ……………………………………………………………………………1

□ Đã chấm dứt hợp đồng lao động/hợp đồng làm việc với đơn vị sử dụng lao động ……………………………………………………………………………………….2

□ Đang tham gia bảo hiểm thất nghiệp tại đơn vị sử dụng lao động ……………………………………………………………………………………….3

Có thời gian đóng bảo hiểm thất nghiệp chưa được tính hưởng trợ cấp thất nghiệp tại thời điểm ngày 30 tháng 9 năm 2021 là …….. tháng. Tôi đề nghị được hưởng hỗ trợ từ quỹ bảo hiểm thất nghiệp theo Quyết định số 28/2021/QĐ-TTg.

*Tôi chọn hình thức nhận hỗ trợ:*

□ Tiền mặt tại cơ quan bảo hiểm xã hội.

□ Tài khoản cá nhân của người đề nghị.

Số tài khoản: ………………………………………………………………………………

Ngân hàng: ………………………………………………………………………………..

|  |  |
| --- | --- |
|   | *….., ngày …. tháng …… năm ...***NGƯỜI ĐỀ NGHỊ***(Ký và ghi rõ họ tên)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Ghi rõ địa chỉ liên hệ: số nhà, thôn/xóm, xã/phường, huyện.

2 Ghi rõ tên đơn vị, địa chỉ: huyện, tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.

3 Ghi rõ tên đơn vị, địa chỉ: huyện, tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương.