**北京市停止享受残疾人**

**自主创业就业社会保险补贴审批表**

审批表编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 残疾人证号 |  | | 联系电话 |  | |
| 户籍所在街道  （乡镇） |  | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | |
| 享受社会  保险补贴  时间 | 该残疾人于 年 月开始享受社会保险补贴，补贴时间为 年 个月，补贴总金额为 元。  从 年 月停止补贴。 | | | | |
| 停止  社会保险  补贴原因 | □1.实现单位就业  □2.享受其他社会保险补贴政策  □3.未按规定缴纳社会保险费  □4.不符合补贴政策  □5.其他： | | | | |
| 街道（乡镇）  残联意见 | （公章）  经办人： 负责人： 年 月 日 | | | | |
| 区残疾人就业服务机构意见 | （公章）  经办人： 负责人： 年 月 日 | | | | |
| 区残联意见 | （公章）  经办人： 负责人： 年 月 日 | | | | |

注：此表一式三份，区残疾人就业服务机构、街道（乡镇）残联、残疾人档案各一份