|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件2：**  **上高街道临时性卫生防疫城镇公益性岗位人员申请报名登记表** | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | 文化 程度 |  | 民族 |  | | 照片 |
| 身份证号码 |  | | | 政治面貌 | |  | 身体  状况 |  | | |
| 联系电话 |  | | | 家庭住址 | |  | | | | |
| 婚姻状况 |  | | | 户口所在地 | |  | | 在本社区居住时间 | |  | |
| 人员类别 | □零就业家庭人员 | | | | | | | | | | |
| □城镇大龄失业人口（女性45周岁、男性55周岁以上至法定退休年龄） | | | | | | | | | | |
| 家庭成员 | 关系 | | 姓名 | | 身份证号码 | | 收入情况（元） | | | | |
| 经营性 收入 | 固定资产租赁性收入 | 劳动报酬收入 | | 其他收入 |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  |
|  | |  | |  | |  |  |  | |  |
| 个 人 声 明 | | | | | | | | | | | |
| 本人承诺，以上信息和提报材料情况属实，如与实际情况不一致，自愿退出公益性岗位，并承担由此产生的一切后果。 | | | | | | | | | | | |
| 申请人（签字）： | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 资格审查意见： | | （签章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
|
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **上高街道临时性卫生防疫农村公益性岗位人员申请报名登记表** | | | | | | | | | | | |  |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 文化 程度 | |  | 民族 | |  | 照片 |
| 身份证  号码 |  | | 政治面貌 |  | | 身体状况 | | |  | |
| 联系电话 |  | | 家庭住址 |  | | | | | | |
| 人员类别 | □脱贫享受政策人口（含防止返贫监测帮扶对象） | | | | | | | | | | |
| □农村低收入人口 | | | | | | | | | | |
| □农村残疾人 | | | | | | | | | | |
| □农村大龄人员（45周岁以上-65周岁以下） | | | | | | | | | | |
| 家庭成员 | 关 系 | | 姓名 | 身份证号码 | | | | | 工作单位 | | |
|  | |  |  | | | | |  | | |
|  | |  |  | | | | |  | | |
|  | |  |  | | | | |  | | |
|  | |  |  | | | | |  | | |
| 个 人 声 明 | | | | | | | | | | | |
| 本人承诺，以上信息和提报材料情况属实，如与实际情况不一致，自愿退出公益性岗位，并承担由此产生的一切后果。  申请人（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
|
| 资格审查意见： | | （签章）  年 月 日 | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |