附件

北京市企业退休人员实行社会化管理信息表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位**  **基本信息** | **单位名称** | |  | | | | | | | | **经济类型** | | |  | | **参保区** | | | 区 | | | **联系人** | |  | | | **联系电话** | | |  | | | |
| **个人**  **基本信息** | **姓名** |  | | | | | **性别** |  | | | **身份证号码** | | |  | | | | **民族** | |  | | | **政治面貌** | |  | | | **退休年月** | | | |  | |
| **特殊人员情况** | | | | 建国前参加革命工作□ 八十岁以上高龄□ 孤寡□ 国家或省市级劳模□ 经济特困□ 特殊工种□ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **社会保险**  **信息** | **享受待遇情况** | | | | | | 基本养老□ 基本医疗□ 工伤保险□ 央保待遇□ 公费医疗□ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **工伤伤残等级** | | | |  |
| **户籍区名称** | | | 区 | | | | | **退休类别** | | | 正常退休□ 特殊工种提前退休□ 因病提前退休□ 军转退休□ 超龄退休□ 退职退养□ 其他□ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **家庭**  **基本信息** | **户籍所在地街道（乡镇）名称** | | | | | 街道（乡镇） | | | | | | | **退休人员本人户籍**  **所在地详细地址** | | | |  | | | | | | | | | **本人联系方式** | | | 手机号码 | |  | | |
| **现居住地街道（乡镇）名称** | | | | | 街道（乡镇） | | | | | | | **退休人员本人现**  **居住地详细地址** | | | |  | | | | | | | | | 座机号码 | |  | | |
| **家庭联系人姓名** | | | | |  | | | | **与本人关系** | | | | |  | | **联系电话** | | | |  | | | | | 其他  联系方式 | |  | | |
| **实行**  **社会化管理事项承诺** | **（有统筹外待遇）用人单位承诺：**依据《关于进一步加强企业退休人员社会化管理转接工作的通知》（京人社服发〔2021〕40号）的有关规定，我单位申请为退休人员\*\*\*办理实行社会化管理相关手续，为切实保障退休人员的合法权益，已告知实行社会化管理相关事项，以上由我单位填写的事项内容真实有效，该名退休人员在我单位有☑ 无□ 统筹外待遇，我单位将按承诺事项，确保退休人员待遇不降低。  **（无统筹外待遇）用人单位承诺：**依据《关于进一步加强企业退休人员社会化管理转接工作的通知》（京人社服发〔2021〕40号）的有关规定，我单位申请为退休人员\*\*\*办理实行社会化管理相关手续，为切实保障退休人员的合法权益，已告知实行社会化管理相关事项，以上由我单位填写的事项内容真实有效，该名退休人员在我单位 有□ 无☑ 统筹外待遇。  **年 月 日（加盖用人单位公章）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **（有统筹外待遇）本人承诺：**依据《关于进一步加强企业退休人员社会化管理转接工作的通知》（京人社服发〔2021〕40号）的有关规定，本人知晓并自愿实行社会化管理。以上信息经本人确认内容真实有效。本人在原单位 有☑ 无□ 统筹外待遇，移交属地管理后，如遇与统筹外待遇保障相关事项，由本人与原单位协商解决。  **（无统筹外待遇）本人承诺：**依据《关于进一步加强企业退休人员社会化管理转接工作的通知》（京人社服发〔2021〕40号）的有关规定，本人知晓并自愿实行社会化管理。以上信息经本人确认内容真实有效。本人在原单位 有□ 无☑ 统筹外待遇。  **本人签字： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

备注：1.本表一式三份，一份由用人单位留存备案；一份装入退休人员人事档案；一份由退休人员本人留存。

2.“参保区”栏目：用人单位填写基本养老保险缴费区，参加中央国家机关事业单位养老保险的用人单位，填写基本医疗保险缴费区或享受公费医疗待遇属地区名称。

3.有统筹外待遇的用人单位须填写《北京市退休人员实行社会化管理统筹外待遇承诺书》与信息表一并提交。