附件2

劳动保障书面审查报告书

 年度

 填报单位：

《报告书》编号：

 填报时间： 年　 月　 日

 天津市北辰区人力社保局

二〇二 年 月制

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **组织机构****代 码** |  | **单位名称** |  |
| **登记、注册执照类型** |  | **登记、注册执照机关** | 　 |
| **登记、注册执照号码** |  | **成立日期** |  |
| **注册地址** | **区（县）** |  |
| **主要经营****范 围** |  |
| **法定代表人/负责人** |  | **联系电话** |  |
| **人力资源部门负责人** |  | **联系电话** | 　 | **手 机** |  |
| **传 真** |  | **邮政编码** |  |
| **用工地址** |  **区(县）** |  **街（乡、镇）** |  |
| **单位性质** |  | **行业类型** |  | **经济类型** |  |
| **注册资金** |  **万元** | **币种** |  |
| **开户银行** |  | **银行基本****账 户** |  |
| **银行户名** |  |

**第一部分：单位基本情况**

**第二部分：审查内容**

一、劳动用工情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **单位从业人员** | **人** | **其 中:****女职工** | **人** |
| **外籍人员** | **人** | **港澳台人员** | **人** |
| **本市城镇****职 工** | **人** | **农籍职工** | **人** |
| **其中:本市****农籍职工** | **人** | **不在岗职工** | **人** |
| **其他从业人员** | **人** | **其中：劳务****派 遣** | **人** |
| **其中：实习生** | **人** | **其中：劳动关系在原单位** | **人** |
| **其中：计时工** | **人** | **其中：退 休** | **人** |

二、劳动合同情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **订立劳动合同** | **人** | **订立劳动协议** | **人** |

三、劳动报酬情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **上年度单位从业人员劳动报酬总额** |  **万元** | **上年度从业人员平均劳动报酬** | **元** |
| **是否遵守天津市最低工资规定** | **□是 □否** | **是否遵守国家****规定发放职工****各项福利待遇** | **□是 □否** |
| **是否拖欠****职工工资** | **□是 □否** | **每月发薪日** |  |

四、社会保险缴纳情况

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **上月实际缴费人数(人)** | **上月实际缴费总额(万元)** |
| **养老保险** |  |  |
| **医疗保险** |  |  |
| **失业保险** |  |  |
| **工伤保险** |  |  |
| **生育保险** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **是否遵守国家工作时间和休息休假规定** | **□是 □否** | **是否实行特殊****工时制度** | **□是 □否** |
| **是否实行不定****时工作制** | **□是 □否** | **是否实行综合计算工时** | **□是 □否** |
| **经审批实行不定时工作制人数** | **人** | **周 期** | **□年□季□月**　 |
| **审批部门** |  |
| **经审批实行综合计算工时人数** | **人** | **周 期** | **□年□季□月** |
| **审批部门** |  |

五、综合情况

六、历年参加书面审查情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **历年参加书面****审查情况** | **2016年度** | **审查结果** |  |
| **2019年度** | **审查结果** |  |
| **2020年度** | **审查结果** |  |
| **2021年度** | **审查结果** |  |
| **2022年度** | **审查结果** |  |
| 用人单位意见:法定代表人(负责人) :(签字或盖章)单位盖章: 年 月 日 |

第三部分：审查意见

|  |
| --- |
| 一、审查期间落实整改情况 |
| 补签劳动合同 | 人 | 补缴养老保险费 | 万元 |
| 补发工资人数 | 人 | 补缴失业保险费 | 万元 |
| 补发工资数额 | 万元 | 补缴医疗保险费 | 万元 |
| 补缴工伤保险费 | 万元 | 补缴生育保险费 | 万元 |
| 二、人力资源和社会保障行政部门审查意见 |
| 你单位报送的书面材料, 经审查:审查人: 审查机构:( 盖章) 审查时间： 年 月 日 |

|  |
| --- |
| 三、书审结论 |
| 报送年度 |  | 审查结果 |  |
| 劳动监察机构检查（抽查）情况记录：监察员:时间: 年 月 日 |