附件1：

就业特别困难残疾人灵活就业申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生  年月 | |  | | 联系电话 | |  | |
| 残疾证号 |  | | | | 残疾类别 | | | |  | | 等级 |  |
| 户籍地址 |  | | | | 城镇职工养老  保险个人编号 | | | |  | | | |
| 就业、失业  登记证号 | |  | | | | | | | | | | |
| 就业困难残疾人 | | 肢体一、二级  视力一、二级  智力  精神  “40、50”人员 | | | | | | | | | | |
| 灵活就业类型 | | 非全日制就业  临时性就业  季节性就业  远程就业 独立就业  自雇就业   家庭就业   承包就业 小时工就业   其他 | | | | | | | | | | |
| 所属行业 | |  | | | | | | 年收入 | |  | | |
| 情况说明：  申请人：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 区县残联审批意见  盖章  年 月 日 | | | | | | 区县财政审批意见  盖章  年 月 日 | | | | | | |

注：此申请表可作为残疾人灵活就业的证明材料，认定结果有效期最长36个月。