# 附件1

# 城固县社会保险费征缴争议处理表证单书

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **模块** | **表格**  **编号** | **表证单书名称** | **份数** | **留存方** | | | **是否需要送达回证** |
| **投诉**  **（举报）人** | **受理单位** | **职能部门** |
| 1 | 登记 | 01 | 社会保险费征缴争议登记表 | 一式一份 | × | √ | × | 否 |
| 2 | 材料补正 | 02 | 社会保险费征缴争议材料补正告知书 | 一式两份 | √ | √ | × | 是 |
| 3 | 受理 | 03 | 社会保险费征缴争议不予受理通知书 | 一式两份 | √ | √ | × | 是 |
| 4 | 转办 | 04 | 社会保险费征缴争议转办单 | 一式两份 | × | √ | √ | 否 |
| 5 | 告知 | 05 | 社会保险费征缴争议事项告知书 | 一式两份 | √ | √ | × | 是 |

社会保险费征缴争议登记表

登记编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 争议当事人 | 姓 名 |  | 联系电话  (手机) |  |
| 身份证号码 |  | | |
| 联系地址 |  | | |
| 用人单位 | 单位名称 |  | | |
| 单位统一社会  信用代码 |  | | |
| 单位地址 |  | | |
| 法人代表姓名 |  | 联系电话  (手机) |  |
| 反映事项 |  | | | |
| 已提供资料 | □争议当事人身份证原件及复印件；  □证明劳动关系和任职时间的材料；  □证明本人工资薪金的材料；  □社会保险参保缴费证明； | | | |
| 受理部门登记  情况 | 经初步审核，投诉（举报）人提交资料齐全。经判定该事项需由 （部门）办理。  登记人签名： （受理机关盖章） 登记日期： 年 月 日 | | | |

说明：该表仅受理部门留存。

社会保险费征缴争议材料补正告知书

（争议当事人）：

您于 年 月 日反映

的事项，提供材料不齐全。需要补正如下材料：

□争议当事人身份证原件及复印件；

□能证明与用人单位存在劳动关系和任职时间的材料；

□能证明在用人单位任职期间个人工资薪金的材料；

□社会保险参保缴费证明；

□

□

□

□

请于 年 月 日前补正投诉（投诉）材料，资料补正齐全后相关部门将依法予以受理。

联系人： 联系电话：

联系地址：

受理机关 （签章）

年 月 日

说明：本表一式两份，争议当事人和受理部门各存一份。

社会保险费征缴争议不予受理通知书

(法人或其他社会组织)：

你向我单位反映 问题，我局决定不予受理。不予受理理由如下：

如对本不予受理决定持有异议的，根据《中华人民共和国行政复议法》的规定,可以自收到本通知60日内向上级行政机关申请行政复议，也可自收到本通知后三个月内依据《中华人民共和国行政诉讼法》的规定，直接向人民法院提起诉讼。

单位印章

年 月 日

说明：本通知书由最终决定不予办理的职能部门出具。

社会保险费征缴争议事项转办单

转办编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 争议当事人信息 | | | |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 联系方式 |  | 地址 |  |
| 受理人信息 | | | |
| 姓名 |  | 联系方式 |  |
| 单位（部门） |  | | |
| 接收人信息 | | | |
| 姓名 |  | 联系方式 |  |
| 单位（部门） |  | | |
| 转办内容 | | | |
| 转办事项说明： | | | |
| 受理时间 ： 转办时间： | | | |
| 处理方式建议： | | | |
| 部门分管领导批示： | | | |
| 备注 |  | | |

受理人（签章）： 接收人（签章）：

年 月 日 年 月 日

说明：本转办单一式两份，受理部门和负责办理的职能部门各存一份。

社会保险费事项告知书

（征缴争议当事人姓名）：

您于 年 月 日向我局反映

事项有关材料收悉。经核查：

符合争议事项受理条件，我局已于 年 月 日予以受理。因案件情况较为复杂，处理时间需延长至 年 月 日。

□

受理部门（签章）

　 年 月 日

说明：本告知书一式两份，争议当事人和受理部门各存一份。