

受疫情影响生产经营严重困难企业(单位)

社会保险费缓缴申请表(样式)

企业(单位)基本情况			
单位名称:		社会信用代码:	所属辖区: _____县(市、区):
单位划型:	<input type="checkbox"/> 大型	法定代表人:	
	<input type="checkbox"/> 中小微	联系人:	
	<input type="checkbox"/> 其他	联系电话:	
	<input type="checkbox"/> 事业单位	通信地址:	
参保情况	2020年1月,有_____人参保。截至_____年_____月_____日,共有_____人参保。		
企业(单位)缓缴申请			
申请缓缴险种	缓缴开始时间	缓缴终止时间	备注
<input type="checkbox"/> 基本养老保险			
<input type="checkbox"/> 失业保险			
<input type="checkbox"/> 工伤保险			
企业(单位)缓缴承诺			
<p>承诺内容: 1. 我企业(单位)属于受新冠肺炎疫情疫情影响,生产经营出现严重困难,申请办理缓缴业务,现就有关事宜作如下承诺,并愿意承担相关法律责任:</p> <p><input type="checkbox"/>今年2月以来营业收入与去年同期相比下降50%(含)以上;</p> <p><input type="checkbox"/>今年2月以来能够按照不低于当地最低工资标准向全体职工发放工资(或停工停产期间发放生活费不低于当地最低工资标准的70%);</p> <p>2. 我单位申请当月不在社会保险严重失信人名单或失信联合惩戒对象名单内。</p> <p>3. 我单位申请办理缓缴业务,提供的资料及填报的信息真实有效、准确无误。</p> <p>4. 我单位已知晓缓缴社会保险费的各项规定,并已将相关事宜告知单位全体职工。</p> <p>5. 如发生与上述承诺不符问题,我单位将承担由此引起的全部责任。</p>			
经办人签字:	法定代表人签字:	单位盖章:	
			年 月 日
审核意见			
社保经办机构 审核意见 (盖章) 年 月 日		人社行政部门 审核意见 (盖章) 年 月 日	

缓缴社会保险费还款协议书（样式）

甲方（社保经办机构）：

乙方（还款单位）：

为贯彻国家和省关于统筹疫情防控和经济社会发展的决策部署，针对受疫情影响生产经营出现严重困难的企业实施更加有效的帮扶措施，根据《中华人民共和国社会保险法》、人社部《实施〈中华人民共和国社会保险法〉若干规定》和省人社厅、省财政厅、省税务局《关于我省延长阶段性减免企业社会保险费政策实施期限等问题的通知》（鄂人社发〔2020〕29号）等有关规定，经乙方申请，双方就缓缴社会保险费事宜协议如下：

一、根据人社部门审批意见，缓缴期限为 年 月至 年 月，缓缴险种为：基本养老保险 失业保险 工伤保险。缓缴金额为缓缴期满清偿缓缴时核定的社会保险费金额。

二、乙方承诺，缓缴期满后的次月，一次性清偿缓缴社会保险费。

三、乙方协议内享有以下权利并履行以下义务：

1. 缓缴的社会保险费在协议期内不计征滞纳金，不计利息；
2. 乙方按国家规定继续按月申报本单位参保人员增减变化和应缴纳的社会保险费；
3. 乙方按国家规定继续按月代扣代缴职工个人应缴纳的社会保险费(乙方与职工协商缓缴个人缴费部分的除外)；
4. 乙方在参保人员缓缴期间达到法定退休年龄或需办理社会保险关系转移的，应对相关人员缓缴的社会保险单独清缴后，方可正常办理退休或社会保险关系转移。

四、乙方应按本协议承诺的还款计划，以对应月核定计算偿还所缓缴的社会保险费。缓缴期满的次月仍未缴清的，从缓缴期满之日起，按日加收万分之五的滞纳金，并按法定程序实施强制征收，本协议终止执行。

五、本协议一式三份。甲方两份，乙方一份，从双方签字盖章之日起生效。

甲方（公章）：

签 字：

年 月 日

乙方（公章）：

签 字：

年 月 日