深圳市受影响企业认定办事指南

**一、政策依据**

1.《关于做好受影响企业和职工认定工作的通知》（粤人社规〔2019〕6号）

2. 《转发广东省人力资源和社会保障厅 国家税务总局广东省税务局 海关总署广东分署关于做好受影响企业和职工认定工作的通知》（深人社发〔2019〕26号）

**二、申请对象及条件**

受国内外复杂经济形势影响，承诺依法诚信经营，近三年内无重大税收违法行为，参加社会保险并正常缴纳社会保险费，并且符合以下情形之一的深圳市企业，可申请认定为“受影响企业”：

1.申请前连续两个自然季度应征增值税销售额同比下降均超过15%；

2.申请前连续两个自然季度出口额或进口额同比下降均超过15%。

**三、申请时限**

2019年4月1日—2019年12月31日，向参保所在地的区级公共就业服务机构提出书面申请。

**四、办理流程**

**（一）提出申请**

企业向参保所在地的区级公共就业服务机构提出书面申请，填报并提交材料。

**（二）信息比核。**

1.受理。

区级公共就业服务机构收到申请后进行形式审查，申请资料完备、符合法定形式的，应予以受理。

因申请人材料不齐全或者不符合法定形式而需申请人补正申请材料的，服务窗口出具《补正材料告知书》，一次性告知申请人补正材料。申请人应在2个工作日内通过深圳市公共就业服务网递交补正材料，逾期不补正的，视为申请人放弃。

2.审核

区级公共就业服务机构将申请企业和职工信息录入全省统一的“受影响企业和职工实名制信息系统”，通过系统对申请企业应征增值税销售额下降或进出口额下降情况进行比核。

3.结果确认和反馈。

区级公共就业服务机构根据实名制信息系统比核等情况，对符合相关条件的予以认定，并将认定结果告知申请企业。

**五、办理时限**

“受影响企业”认定自受理企业申请之日起20个工作日内办结。

**六、申请材料**

以下材料应当字迹工整、清晰。申请材料需留存复印件的，由受理窗口验视原件后直接生成，不需要申请人提供复印件。

（一）《受影响企业申请表》（原件加盖单位公章）

（二）受影响企业统一社会信用代码证

（三）受影响企业经办人员身份证

（四）受影响企业出具业务经办委托书（原件加盖单位公章）

（五）《企业受影响职工花名册》（原件加盖单位公章，需在办理受影响职工认定时提交；申请时一并提交花名册电子数据）。

附件1

受影响企业申请表

|  |
| --- |
| 企业基本资料 |
| 企业名称 |  |
| 统一信用代码 |  | 组织机构代码证 |  |
| 实际生产经营地址 |  |
| 法人代表 |  | 联系人 |  | 手机号码 |  |
| 企业性质 |  |
| 所属行业 |  |
| 企业用工情况 |
| 参加社会保险员工总人数 |  人；其中参加失业保险员工总人数 人 | 2018年10月1日以来新招员工数 | 人 |
| 2018年10月1日以来减员人数 |  人；其中因生产经营困难减员人数 人 |
| 企业经营状况 |
| 主营业务收入（上一年度末） |  万元 |
| 1 | 申请前连续两个自然季度应征增值税销售额同比下降均超过15% | （打“√”选填） |
| 2 | 申请前连续两个自然季度进口额同比下降均超过15% | （打“√”选填） |
| 3 | 申请前连续两个自然季度出口额同比下降均超过15% | （打“√”选填） |
|  注：上述1、2、3项只需选择一项。 |
| 企业受影响情况简要说明 |
|  |
| 企业声明 |
| 1.本表所填内容不含任何虚假成份，否则，本企业愿意承担由此产生的一切责任；2.本企业坚持依法诚信经营，近三年内无重大税收违法行为，参加社会保险并正常缴纳社会保险费；3.同意人力资源社会保障部门向税务部门查询本企业纳税申报情况、向海关部门查询本企业进出口情况。特此声明。 企业（盖章） 年 月 日 |
| 受影响企业条件审核 |
| 1.申请前连续两个自然季度应征增值税销售额同比下降均超过15% | □符合 □不符合 |
| 2.申请前连续两个自然季度进口额或出口额同比下降均超过15% | □符合 □不符合 |
| 审核意见 |
|  经核，符合/不符合受影响企业条件。 人力资源社会保障部门（盖章）  年 月 日 |

说明：

1.“企业基本资料”栏目“企业性质”按照国家统计局公布的企业登记注册类型的二级分类标准填写；“所属行业”按照国民经济行业分类大类标准填写；

2.“企业经营状况”栏目中金额单位为万元人民币；

3.有虚假、不实申报，或主观故意调整企业税费或进出口额以达到条件的，一经发现将追究相关人员责任，取消确认资格，追回已申领的相关扶持资金并纳入社会诚信体系黑名单。

附件2

法人授权委托书

 区人力资源局（新区社会建设局）

现委托我单位 同志（性别： ，身份证号码： ）到你处办理受影响企业和职工认定事项，产生的法律责任由我单位承担。委托授权有效期至 年 月 日。

特此委托。

委托单位：（盖章）

法人签字：

 年 月 日

附件3

企业受影响职工花名册

填报企业（盖章）： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 学历 | 身份证号码 | 家庭地址 | 是否生活困难 | 签订劳动合同书时间 | 是否参加失业保险 | 所在岗位 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 以上所列人员均为我公司在岗职工，由我公司严格按照“受影响职工”条件规定要求划定。特此声明。企业（盖章）： 年 月 日 |