



تأمین تامين آف ايمانی

بسم تعالی

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

ویژه آف ايمانی

تاریخ: ۱۳۹۷/۰۳/۰۵

شماره: ۵۰۲۰/۹۷/۲۶۶۳

نوع: دارد

نوع: عادی

برادر ارجمند جناب آقای دکتر منصوری

معاون محترم توسعه کار آفرینی و اشتغال وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

موضوع: طرح مشوق های بیمه کار فرمایی

سلام علیکم

با صلوات بر محمد و آل محمد (ص)

احتراماً؛ بازگشت به نامه شماره ۲۹۲۷۷ مورخ ۹۷/۲/۲۲ در خصوص دستور اداری « طرح مشوق های بیمه کار فرمایی » خواهشمند است دستور فرمائید با توجه به هماهنگی های بعمل آمده با دفتر محترم سیاستگذاری و توسعه اشتغال، نسبت به ابلاغ فرمهای معرفی نیروی کار جدید برابر فایل پیوست به دفاتر کاربایی غیر دولتی دارای مجوز و همچنین ادارات تعاون، کار و رفاه اجتماعی سراسر کشور جهت ایجاد وحدت رویه در نحوه معرفی نیروی کار و جلوگیری از هرگونه اشتباه سهوی و عمدی، اقدام لازم معمول و از نتیجه این سازمان را در اسرع وقت مطلع نمایند.

محمد حسن زدا
معاون بیمه ای

روموشن:

ش.ش. ۲۳۰۱۲۹۷۰

فرم درخواست استفاده از مزایای «طرح مشوق های بیمه کارفرمایی»

فرم شماره (۱)

الف: مشخصات کارفرما									
۳- نام پدر:			۱- نام خانوادگی:						
۷- تاریخ تولد:			۴- محل تولد:						
سال	ماه	روز							
۸- کد ملی:			۲- نام:						
۵- محل صدور شناسنامه:			۶- شماره شناسنامه:						
۱۱- اینترگر: هستم <input type="checkbox"/> نیستم <input type="checkbox"/>			۹- جنس: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>						
۱۰- وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/>			۱۲- میزان تحصیلات: زیر دیپلم <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> فوق دیپلم <input type="checkbox"/> لیسانس <input type="checkbox"/> فوق لیسانس و بالاتر <input type="checkbox"/>						
بخش/روستا:			۱۳- نشانی محل سکونت:						
شهر:			استان:						
پلاک:			خیابان:						
کوچه:			تلفن:						
کد پستی:			ب: مشخصات کارگاه یا موسسه:						
۱۵- کد بیمه کارگاه یا موسسه:			۱۴- نام کارگاه:						
۱۷- نوع فعالیت کارگاه:			۱۶- شعبه اخذ کد بیمه کارگاه:						
۱۹- نوع فعالیت کارگاه: خصوصی <input type="checkbox"/> تعاونی <input type="checkbox"/>			۱۸- شماره و تاریخ ثبت کارگاه یا موسسه:						
۲۰- مجوز فعالیت کارگاه یا موسسه از کدام ارگان صادر شده است:									
اتحادیه ها و مجامع امور صنفی <input type="checkbox"/> شهر داری ها و بخش داری ها <input type="checkbox"/> ثبت شرکتها <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>									
۲۱- تعداد نیروی کار موجود در کارگاه:									
۲۲- مشخصات نیروی کار جدید (مشمول مشوق بیمه کارفرمایی):									
ردیف		نام و نام خانوادگی		کد ملی		نام پدر		تاریخ شروع به کار	
*این بند مختص کارفرمایان متقاضی بکارگماری کارجویان مشارکت کننده در طرح کارورزی می باشد و نیازی به تکمیل از سوی سایر کارفرمایان ندارد.									
۲۳- نشانی کارگاه یا موسسه:			۲۳- نشانی کارگاه یا موسسه:						
استان:			استان:						
شهر:			شهر:						
بخش/روستا:			بخش/روستا:						
خیابان:			خیابان:						
کوچه:			کوچه:						
تلفن:			تلفن:						
کد پستی:			کد پستی:						
صحت مطالب فوق مورد تأیید اینجانب دارنده کارگاه/موسسه می باشد.									
امضاء:					تاریخ:				

بسمه تعالی

فرم شماره «۲»

شماره:

تاریخ:

مؤسسه مشاوره شغلی و کاریابی غیر دولتی داخلی

با سلام

به پیوست فرم درخواست استفاده از «طرح مشوق های بیمه کارفرمایی» مربوط به آقای/خانم
شرکت

تاریخ تولد به عنوان کارفرمای کارگاه به نشانی
تاریخ تأسیس

..... به همراه

فهرست مشخصات عناوین شغلی مورد نیاز ارسال می گردد.

مقتضی است ضمن رعایت دقیق مفاد دستورالعمل و ضوابط جاری صادره در این زمینه، نسبت به تأمین نیروی

کار مورد نیاز کارفرمای مذکور اقدام لازم معمول و نتیجه طی فرم شماره (۳) به این اداره کل اعلام گردد.

اداره تعاون، کار و رفاه اجتماعی شهرستان

بسمه تعالی

فرم شماره «۳»

شماره:

تاریخ:

اداره تعاون، کار و رفاه اجتماعی شهرستان

با سلام

به پیوست فرم درخواست استفاده از مزایای «طرح مشوق های بیمه کارفرمایی» مربوط به آقای/خانم..... نام پدر که در تاریخ به عنوان نیروی کار در این کارگاهی ثبت نام نموده ارسال می گردد. با توجه به معرفی مشارالیه جهت اشتغال، در کارگاه به کارفرمایی آقای/ خانم / شرکت به نشانی

در تاریخ ضمن ارسال قرارداد کار منعقد فیما بین کارفرما و جوینده کار، مقتضی است نسبت به معرفی کارفرمای مذکور به شعب تأمین اجتماعی به منظور استفاده از مزایای طرح یادشده اقدام لازم بعمل آید.

مدیریت دفتر کارگاهی

غیر دولتی

فرم شماره «۴»

بسمه تعالی

شماره:

تاریخ:

شعبه تأمین اجتماعی

با سلام

در راستای اجرای «طرح مشوق های بیمه کارفرمایی» بدینوسیله فرم شماره (۳) دفتر کارمایی غیر دولتی
..... در خصوص معرفی به کار نیروی کار جدید، جهت اشتغال در کارگاه

..... به کارفرمایی آقای/خانم و بهره مندی از مزایای
شرکت

طرح یاد شده به شرح ذیل جهت استحضار اعلام و ارسال می گردد.

خواهشمنداست دستورفرمائید ضمن بررسی موضوع در صورت شمول کارگاه به طرح یادشده نسبت به اعمال
تخفیفات بیمه ای به کارفرمای فوق الذکر اقدام لازم معمول و نتیجه طی فرم شماره (۵) به این اداره کل اعلام
گردد.

مشخصات کارفرما:

نام کارفرما	نام کارگاه	نوع فعالیت	نشانی

مشخصات جویندگان کار:

ردیف	نام و نام خانوادگی	کدملی	نام پدر	تاریخ شروع به کار

اداره تعاون، کار و رفاه اجتماعی شهرستان



بسمه تعالی

فرم شماره «۵»

شماره:

تاریخ:

اداره تعاون، کار و رفاه اجتماعی شهرستان

با سلام

بازگشت به نامه شماره مورخ در خصوص اعلام فهرست اسامی کارفرمایان و نیروی کار جدید جهت بهره مندی از مزایای «طرح مشوق های بیمه کارفرمایی» به مدت حداکثر دو سال در طول برنامه ششم توسعه کشور، بدینوسیله فهرست مشخصات کارفرمایان و نیروی کار جذب شده جهت استحضار اعلام می گردد.

مشخصات کارفرما:

نام کارفرما	نام کارگاه	نوع فعالیت	نشانی

مشخصات جویندگان کار:

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	تاریخ شروع به کار

شعبه تأمین اجتماعی