**附件1**

**湖南省企业养老保险待遇超18个月未认证**

**恢复待遇资格申请表**

|  |
| --- |
| **待遇领取人员基本情况（本人填写）** |
| 姓名 |  | 性别 |  | 联系电话 |  |
| 证件类别 |  | 证件号码 |  |
| 原所在单位名称 |  |
| 户口所在地 | 省 市 区（县） |
| 参保所在地 | 省 市 区（县）社保经办机构 |
| 超过18个月未认证原因 | 本人承诺：不存在不能正常领取养老金的情况，如有不实之处，愿意承担相应责任。 签名（）： 年 月 日  |
| 身份证复印件粘贴处（可另附页） |  |

说明：

1、此表不得涂改和伪造。

2、参保所在地可通过湖南省人力资源和社会保障厅网站查询。

**附件2**

**无犯罪记录情况个人承诺书**

 承诺人姓名 ,性别 ，身份证号码 ，常住地址 ，联系电话（本人） 联系电话（亲属） ，在 年至 年期间无犯罪记录情况。

 承诺人承诺上述信息全面、真实、准确，知晓如有弄虚作假情形，愿承担一切法律责任。

 承诺人：

 年 月 日

**附件3**

**湖南省社会保险待遇领取非人脸认证申请表**

|  |
| --- |
| **待遇领取人员基本情况（本人填写）** |
| 姓名 |  | 性别 |  | 联系电话 |  | **近期免冠照片粘贴处（可另附一页）** |
| 证件类别 |  | 证件号码 |  |
| 原所在单位名称 |  |
| 户口所在地 | 　　省　市　　区（县） |
| 参保所在地 | 　　省　市　　区（县）社保经办机构 | **身份证复印件粘贴处（可另附一页）** |
| 现居住地 | 　　省　市　　区（县） |
| 非现场建模/认证原因 | 🞎生病住院 🞎通讯不便 🞎行动不便🞎长住敬老院 🞎国外 🞎其他 |
| **建模**/**认证意见（工作单位/社保经办机构/大使馆/领事馆/现居住地乡镇（街道）/现居住社区** |
| 该同志现居住在 ，现健在。经办人签字： 经办人联系电话：协助认证单位（盖章）：年 月 日 |

说明：

1、此表不得涂改和伪造。

2、近期免冠照片需**手持能清晰显示当天日期**的物品（报纸、杂志等）。

3、有单位的，请填好后寄给单位，由单位统一收集交参保所在地经办机构；如单位已破产或因其他情况无人办理，则由家属交至参保所在地的经办机构。

4、参保人员如居住在省外，由原工作单位（限非改制破产企业）、所住社区、现居住地社保经办机构协助认证；如居住在国外，则由大使馆或领事馆协助认证。

5、国内协助认证机构必须是退休人员居住地的县（区）级社会保险经办机构、街道（乡镇）劳动就业社会保障服务中心（站、所）或社区，且必须填写单位全称后加盖公章，其他单位填写无效。

6、参保所在地可通过湖南省人力资源和社会保障厅网站查询。

**附件4**

**社会保险待遇领取非人脸认证业务委托书**

委 托 人： 性别: [身份证](https://www.66law.cn/special/jmsfz/%22%20%5Co%20%22%E8%BA%AB%E4%BB%BD%E8%AF%81)号:

被委托人： 性别: 身份证号:

被委托人工作单位： 联系电话：

本人因 ，不能前来认证，现本人委托 作为我的合法代理人，全权代表本人办理按月领取待遇资格（生存）认证相关事项，对被委托人在办理相关事项过程中所签署的有关资料，本人均予以认可，因上述委托出现的各种纠纷，由本人承担相应的法律责任。

委托期限:自签字之日起至上述事项办完为止。

委托人（签名）:

年 月 日