附件1

社会保险基金监督举报事项记录单

单位： 厦人社监举字﹝ ﹞号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受理时间 | 年 月 日  时 分 | | 举报方式 | □来访□来电□传真  □信函□电邮□其他 | | | | |
| 举报人基本情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 | | |  |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 联系电话 | | |  |
| 单位名称（家庭住址） |  | | | | | | |
| 被举报人基本情况 | 姓名 |  | 职务 |  | | 联系电话 |  | |
| 单位名称 |  | | | | | | |
| 单位地址 |  | | | | | | |
| 举报事项 | 摘要：  证据材料清单：1.  2.  3.  …… | | | | | | | |
| 处理建议 | □受理 5个工作日内发送《受理决定书》，编号：  □不予受理 5个工作日内发送《不予受理决定书》，编号：  □交办 5个工作日内发送《交办函》，编号：  5个工作日内发送《交办通知书》，编号：  □督办 7个工作日内发送《督办函》，编号：  □办结 60个工作日内办结，发送《结案通知书》，编号： | | | | | | | |
| 举报人 | 年 月 日 | | | | | | | |
| 经办人 | 年 月 日 | | | | | | | |
| 基金监督机构负责人意见 | 年 月 日 | | | | | | | |

附件2

社会保险基金监督举报受理决定书

厦人社监举字﹝ ﹞号

：

你（单位）于 年 月 日提出的关于 举报事项收悉，经审查，符合《厦门市社会保险基金监督举报工作管理办法》第十一条之规定，现决定予以受理。

联系人：

联系电话：

送达方式：

受送达人（签字或盖章）：

人力资源和社会保障部门（印章）

年 月 日

注：本文书一式两份，举报人、入卷各一份。

附件3

社会保险基金监督举报不予受理决定书

厦人社监举字﹝ ﹞号

：

你（单位）于 年 月 日提出的关于 举报事项收悉，经审查，经审查并依据《厦门市社会保险基金监督举报工作管理办法》第十一条之规定，现决定不予受理。

联系人：

联系电话：

送达方式：

受送达人（签字或盖章）：

人力资源和社会保障部门（印章）

年 月 日

注：本文书一式两份，举报人、入卷各一份。

附件4

社会保险基金监督举报交办函

厦人社监举字﹝ ﹞号

：

根据《厦门市社会保险基金监督举报工作管理办法》第十四条之规定，现将 于 年 月 日提出的关于 举报事项转至你单位，请尽快予以调查处理，并在收到此函后60个工作日内将结果函复 及举报人 。

联系人：

联系电话：

附：举报材料（复印件）共 份 页。

人力资源和社会保障部门（印章）

年 月 日

附件5

社会保险基金监督举报交办通知书

厦人社监举字﹝ ﹞号

：

你（单位）于 年 月 日提出的关于 举报事项收悉，依据《厦门市社会保险基金监督举报工作管理办法》第十四条之规定，已于 年 月 日转交 办理。

联系人：

联系电话：

送达方式：

受送达人（签字或盖章）：

人力资源和社会保障部门（印章）

年 月 日

注：本文书一式两份，举报人、入卷各一份。

附件6

社会保险基金监督举报督办函

厦人社监举字﹝ ﹞号

：

年 月 日我局向你单位交办了 举报事项。依据《厦门市社会保险基金监督举报工作管理办法》第十五条之规定，请于收到此函后10个工作日内向 书面反馈调查处理情况。

联系人：

联系电话：

人力资源和社会保障部门（印章）

年 月 日

附件7

社会保险基金监督举报结案通知书

厦人社监举字﹝ ﹞号

：

你（单位）于 年 月 日提出的关于 举报事项，根据有关规定我们已依法予以调查处理，现将办理结果告知如下： 。

联系人：

联系电话：

送达方式：

受送达人（签字或盖章）：

人力资源和社会保障部门（印章）

年 月 日

注：本文书一式两份，举报人、入卷各一份。

附件8

社会保险基金监督举报情况统计表

市（区） 年 月至 月

填报单位（公章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 受理时间 | 受理方式 | 举报人 | 被举报对象 | 举报事项 | 办理情况 | 办结时间 | 追回基金（万元） | 经办人 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 基金监督机构负责人： 填表时间： 年 月 日

附件9

社会保险基金监督举报案件受理及办理情况汇总分析上报表

市（区） 年 月至 月

填报单位（公章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分类  项目 | 受理举报总数（件） | 已办理总数（件） | 其中 | | | | | | 未办理总数 | |
| 已结案件数 | | | | 未结案件数 | |
| 属实（件） | 涉及基金（万元） | 收回基金（万元） | 对责任人处理情况 | 件数 | 原因 | 件数 | 原因 |
| 上级交办 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本级主办 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 下级承办 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 基金监督机构负责人： 填表时间： 年 月 日