|  |
| --- |
| **청년 노동자 지원사업 (복지포인트) 근무 확인서**  |
| **피****고****용****자** | **성 명** |  | **생년월일** |  |
| **주 소** |  | **핸드폰번호** |  |
| **고 용 성 격****(피고용자 하는일****구체적으로기재)**☞ □에 ∨(체크)표 하세요.  |  **주 36시간 이상** **근무 여부**  | □ 해당됨 |  □ 해당 안됨 |
| □ 육아기(임신기) 근로시간 단축자의 경우 체크 요망 (단축전 근로시간 : 시간)※ 육아기(임신기) 근로시간 단축자의 경우는 15 ~ 30시간의 근무시간을 가져도 지원 가능 |
|  **근무 형태**  | □ 정규직  | □ 무기계약직 | □ 일반계약직 |
| □ 파견계약직 | □ 도급계약직 | □ 인턴 | □ 기타 |
| \* 계약직의 경우 계약기간 ( 년 월 일 ~ 년 월 일) |
|  **직종형태**  | □ 경영·회계·사무직 | □ 영업·판매 및 관련직 | □ 연구개발 및 기술직 |
| □ 생산직 | □ 서비스직 | □ 단순노무 | □ 기타( ) |
| **현 근무 사업장** **고용보험 가입자수** | □ 1~4인  | □ 5~9인  |
| □ 10~29인  | □ 30~99인  | □ 100인 이상  |
| **고 용 기 간****(고용보험 가입일 기준)** |  년 월 일 부터 현재까지 |
| **건강보험 가입여부** | □ 가 입 □ 미 가 입 |
| **타 사업 중복여부** | □ 타 사업 참여중이 아님 | □ 타 사업 참여 중 (청년 노동자 통장 / 청년 연금 / 중소기업 청년 노동자 지원사업) |
| **고용보험 가입사업장** | **사업자등록번호**  |  |
| **사업장명**  |  |
| **사업장 주소** |  |
| **(필수)**실제 근무지 정보 입력 **(고용보험 가입사업장이 실제 근무지인 경우 고용보험 가입사업장 정보 입력)** |
| **실 근무지 사업자등록번호** |  |
| **실 근무지(사업장) 명** |  |
| **실 근무지 전화번호**  |  |
| **실 근무지 주소** |  |
| **상기와 같이 피고용인이 현재 본 사업장에 근무 중임을 확인합니다.**년 월 일 |
| **실 근무지 사업주 명:** |  |  **(회사 날인) \*회사 날인 필수** |
| **※ 신청자 본인은 위 내용이 사실임을 서약합니다. 신청자 성명 : (인)**  |
| ※근무 사실을 허위로 신고하는 경우는 ｢국민기초생활 보장법｣ 제49조(벌칙)에 따라 1년 이하의 징역, 1천만원 이하의 벌금･구류 또는 과태료에 처할 수 있습니다.※ 경기도 유사 지원사업(청년 노동자 통장, 청년 노동자 지원사업)에 참여하신 경우 본 사업에는 참여할 수 없습니다. 추후 중복 참여가 발견되면 자격상실 처리될 수 있으니 유의하시기 바랍니다. |