

为进一步提升用工单位公共服务能力，着力帮助就业困难人员实现就业，经县委县政府同意，阜新蒙古族自治县人力资源和社会保障局面向县域内公开招聘城镇公益性岗位人员 100 人，聘用期限为一年。现公告如下：

一、招聘对象

本次招聘的安置对象为有就业意愿、有劳动能力经过系统认定的就业困难人员，符合劳动力条件（男 16-60 周岁，女 16-55 周岁）且符合岗位要求。就业困难人员类型主要包括：

- （一）城市最低生活保障家庭成员；
- （二）登记失业人员中距法定退休年龄 5 年以内的人员；
- （三）残疾人；
- （四）单亲抚养未成年人者；
- （五）随军后无工作的现役军人配偶；
- （六）享受定期定量抚恤和生活补助的优抚对象；
- （七）烈属。

以上各类就业困难人员须提前到阜新蒙古族自治县人社部门进行就业困难人员认定，且信息录入“辽宁省就业管理服务信息系统”。

二、招聘条件

- （一）拥护党的路线、方针、政策，热爱社会主义；

(二) 遵纪守法，品行端正，具有良好的职业道德和为人民服务的精神。热爱保洁保绿行业，能吃苦耐劳，有责任心。

三、招聘办法及程序

(一) 发布公告

通过阜新蒙古族自治县人民政府网站、融媒体、蒙古贞日报等发布公告。

(二) 报名

1. 报名时间：2025年6月18日-24日（工作日上午9:00--11:30，下午13:30--16:30）；

2. 采取现场报名的方式，报名地点：阜新蒙古族自治县人社局三楼324室；

3. 报名人员提交报名材料并填写《申请表》2份（申请表附后）。

(三) 报名材料

1. 身份证、户口簿（原件及复印件2份）；
2. 就业困难人员认定表（原件1份）；
3. 不同类型就业困难人员需提供相关证明材料。

四、下列人员不在申报范围内

- (一) 非本县户籍人员；
- (二) 已与用人单位签订劳动合同人员；
- (三) 已领取营业执照人员；

(四) 已享受公益性岗位待遇人员;

(五) 已享受养老保险待遇的人员。

五、资格审查

本次招聘资格审查工作贯穿招聘的全过程。报名人员报名填报信息必须真实有效,凡发现报名人员不符合条件或提供虚假信息的,立即取消其被招聘资格,情节严重的承担相应法律责任。

六、聘用岗位和岗位要求

(一) 聘用岗位

在市政、园林、环卫、物业服务上开发城镇公益性岗位,招满为止。

(二) 岗位要求

男女不限,符合就业困难人员条件即可(就业困难人员认定以辽宁省就业管理服务信息系统为准)。工作为非全日制。

七、录用程序

(一) 报名人员到阜新蒙古族自治县人社局三楼 324 室录入系统审核通过后填写公益性岗位就业申请表。

(二) 公示:拟聘用人员名单在阜新蒙古族自治县政府网站公示 5 个工作日。公示无异议后由用工单位统一办理相关聘用和薪酬待遇手续,并报县人社部门备案。各用人单位按照“谁用人、谁负责、谁管理”的基本原则,建立日常监

督制度，安排专人负责公益性岗位出勤统计、岗位管理等方面的日常监督和考核工作，确保城镇公益性岗位运行“有岗有人有事有责”。

（三）签订公益性岗位就业协议书：聘用人员需按规定与用人单位签订公益性岗位就业协议书，聘用期限一年，聘用人员应服从岗位分配，否则取消聘用资格。

八、公益性岗位人员待遇

公益性岗位人员实行非全日制工作，工作时长为每日4小时。岗位补贴为1462元/月，补贴标准执行阜新市小时制最低工资标准17元/小时。同时由用人单位为其缴纳社会保险。

九、其他事项

报名人员须保持电话畅通，因联系不到本人影响上岗的视为放弃。本次城镇公益性岗位聘用期限为一年，最终解释权归阜新蒙古族自治县人力资源和社会保障局。

咨询电话：0418-3592832、3592833

附件：1、《公益性岗位开发申请审批表》

2、《城镇公益性岗位就业申请表》

3、《公益性岗位社会保险、岗位补贴申请表》

阜新蒙古族自治县人力资源和社会保障局

2025年6月17日

附件 1

公益性岗位开发申请审批表

申请单位（盖章）：

年 月 日

单位名称				单位性质		
单位地址				统一社会信用代码		
联系人				联系电话		
本单位原有公益性岗位数量				现申请公益性岗位数量		
序号	岗位名称	岗位数量	工作内容	工作要求	岗位待遇	用工期限
1						
2						
3						
4						
5						
6						
用人单位意见	年 月 日					
审核意见	审核人：年 月 日					

附件 2

城镇公益性岗位就业申请表

姓 名		文化程度	
身份证号		联系电话	
家庭住址		安置类型	初次安置
申请人承诺			
本人自愿提出“公益性岗位”申请，据实提供个人信息并对信息的真实性和准确性负责，如有弄虚作假、欺瞒行为，愿意承担相应责任。			
申请人（签字）：_____年__月__日			
认定意见	该人符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/> 安置条件。如符合，请选择（单选）。 <input type="checkbox"/> 城市最低生活保障家庭成员； <input type="checkbox"/> 登记失业人员中距法定退休年龄 5 年以内的人员； <input type="checkbox"/> 残疾人； <input type="checkbox"/> 单亲抚养未成年人者； <input type="checkbox"/> 随军后无工作的现役军人配偶； <input type="checkbox"/> 享受定期定量抚恤和生活补助的优抚对象； <input type="checkbox"/> 烈属； <div style="text-align: right;">（盖章） 年 月 日</div>		
复审意见	于 年 月 日确定为非全日制公益性岗位人员。 <div style="text-align: right;">（盖章） 年 月 日</div>		
用人单位意见	<div style="text-align: right;">（盖章） 年 月 日</div>		

附件 3

公益性岗位社会保险、岗位补贴申请表

申报单位（盖章）：

单位名称		统一社会信用代码	
单位地址		单位所在地	
开户银行		账号	
开户名称			
联系人		联系电话	
申请补贴人数（人）		申请资金总额（元）	
申请社会保险补贴金额（元）		申请社保补贴起止时间	
其中：	养老保险费	基本医疗保险费	失业保险费
申请岗位补贴金额（元）			
初审意见		经办人： 复核人： 单位公章 年 月 日	
认定意见		经办人： 复核人： 单位公章 年 月 日	

备注：本表一式两份，由申请单位、就业服务机构各执一份。