**Mẫu số 02**

**DANH SÁCH NGƯỜI LAO ĐỘNG CÓ THÔNG TIN ĐÚNG, ĐỦ ĐỀ NGHỊ HƯỞNG HỖ TRỢ THEO QUYẾT ĐỊNH SỐ 28/2021/QĐ-TTg**

Tên đơn vị: ……………………………………………

Mã đơn vị: .……………………………………………

Ngành nghề: ………………………………………….

Địa chỉ: ………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Mã số BHXH** | **CMND/****CCCD** | **Số điện thoại (di động)** | **Thời gian đóng BHTN chưa hưởng TCTN đến hết tháng 9 năm 2021 (Tổng số tháng)** | **Thông tin tài khoản** | **Ghi chú1** |
| **Số tài khoản** | **Ngân hàng** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *….., ngày ... tháng ... năm 2021***ĐƠN VỊ SỬ DỤNG LAO ĐỘNG***(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 Trường hợp người lao động tự nguyện không nhận hỗ trợ thì ghi rõ **“Không nhận hỗ trợ”** vào cột Ghi chú.