附件2

劳务派遣单位年度经营情况报告书

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、劳务派遣基本情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 劳务派遣劳动者总数 | | | |  | | | | 派遣区域 | 派遣在本区域的  劳动者人数 | | | | | |  | | | |
| 派遣在市内的  劳动者人数 | | | | | |  | | | |
| 派遣在外市的  劳动者人数 | | | | | |  | | | |
| 用工单位  派遣人数 | 国有  企业 | | | 其他内资  企业 | | | | 港澳台资及  外资企业 | | | | 机关事业  单位 | | | 其他单位 | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | |
| 用工单位数量 | 国有企业 | | | 其他内资  企业 | | | | 港澳台资及  外资企业 | | | | 机关事业  单位 | | | 其他单位 | | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | |
| 二、劳动合同情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 已签订劳动合同人数 | | | | | |  | | | 应签未签劳动合同人数 | | | | | | |  | | |
| 有无派遣其他不需要签订  劳动合同人员 | | | | | | （ ）无（ ）有（有的话请注明类型及人数） | | | | | | | | | | | | |
| 三、工资和工时情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被派遣劳动者月工资  支付情况 | | | | （ ）当月 （ ）次月  （ ）其他 | | | | | | | | 有无拖欠、克扣  被派遣劳动者工资 | | | | | | （ ）有  （ ）无 |
| 被派遣劳动者工资支付无低于用工行为地  最低工资标准 | | | | （ ）有 （ ）无 | | | | | | | | 是否按规定支付  加班工资 | | | | | | （ ）是  （ ）否 |
| 工资发放形式 | | | | （ ）全部由劳务派遣单位发放  （ ）部分由劳务派遣单位发放  （ ）由用工单位发放 | | | | | | | | 年度被派遣劳动者  人均年平均工资  （元） | | | | | |  |
| 四、社会保险情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项 目 | | | 养老  保险 | | | | 医疗  保险 | | | | 失业  保险 | | | 工伤  保险 | | | 生育  保险 | |
| 应参保人数 | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | |
| 实际参保人数 | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | |
| 工作人员12个月  社保缴纳总额（元） | | |  | | | | | | | 派遣人员12个月  社保缴纳总额（元） | | | | |  | | | |
| 社保缴纳形式 | | | （ ）全部由劳务派遣单位代缴  （ ）部分由劳务派遣单位代缴  （ ）由用工单位缴纳 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五、用工单位用工情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单 位 名 称 | | 行业 | | | 岗位（工种） | | | | 劳务派遣人数 | | | | 派遣  期限 | | 是否  签订劳务派遣协议 | | | 用工单位是否履行法定义务 |
|  | |  | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |  |
|  | |  | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |  |
|  | |  | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |  |
|  | |  | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |  |
| …… | |  | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |  |
| 其他需要说明的情况 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代表人（单位负责人）签名（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

填写说明：

1. 未开展劳务派遣业务的，说明情况。

2. 栏目所填数据时间截点为2020年12月31日的数据。