

BẢO HIỂM XÃ HỘI VIỆT NAM
BẢO HIỂM XÃ HỘI TỈNH BÌNH THUẬN

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Số: /BHXH-QLT

Bình Thuận, ngày tháng năm 2021

V/v thông báo về việc thực hiện hỗ trợ người lao động
và người sử dụng lao động theo Nghị quyết số
116/NQ-CP từ Quỹ Bảo hiểm thất nghiệp

Kính gửi: Các đơn vị sử dụng lao động (Danh sách đính kèm)

Ngày 24/9/2021, Chính phủ ban hành Nghị quyết số 116/NQ-CP về chính sách hỗ trợ người lao động (NLĐ) và người sử dụng lao động (SDLĐ) bị ảnh hưởng bởi đại dịch Covid-19 từ quỹ bảo hiểm thất nghiệp (BHTN); ngày 01/10/2021, Thủ tướng Chính phủ ban hành Quyết định số 28/2021/QĐ-TTg về thực hiện chính sách hỗ trợ NLĐ và người SDLĐ bị ảnh hưởng bởi đại dịch Covid-19 từ quỹ BHTN. Chính sách thể hiện sự quan tâm của Đảng, Nhà nước trong việc hỗ trợ trực tiếp, chia sẻ khó khăn đối với NLĐ và người SDLĐ tham gia BHTN trong bối cảnh đặc biệt khó khăn do ảnh hưởng của đại dịch Covid-19 để NLĐ có thêm một khoản thu nhập để ổn định cuộc sống; đơn vị SDLĐ có thêm một khoản kinh phí góp phần đảm bảo nguồn lực duy trì, khôi phục sản xuất kinh doanh.

Căn cứ Nghị quyết số 116/NQ-CP của Chính phủ và Quyết định số 28/2021/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ, Bảo hiểm xã hội tỉnh Bình Thuận thông báo đối với đơn vị như sau:

1. Điều chỉnh mức đóng vào Quỹ BHTN:

1.1. Mức đóng: Bằng 0% quỹ tiền lương tháng của những NLĐ thuộc đối tượng tham gia BHTN tại đơn vị.

1.2. Thời gian thực hiện giảm mức đóng: 12 tháng kể từ ngày 01/10/2021 đến hết ngày 30/9/2022.

2. Chính sách hỗ trợ người lao động:

2.1. Bảo hiểm xã hội tỉnh Bình Thuận chuyển thông tin NLĐ có tên trong danh sách tham gia BHTN (Mẫu số 01) và để đơn vị rà soát.

2.2. Xác nhận và bổ sung đầy đủ thông tin của NLĐ (theo Mẫu số 02, Mẫu số 03) đảm bảo thời hạn.

- Trường hợp thông tin đúng, đủ, lập Mẫu số 02 gửi Bảo hiểm xã hội tỉnh trong thời hạn 05 ngày làm việc kể từ ngày nhận danh sách.

Sau lần chuyển danh sách thứ nhất, khi có thông tin bổ sung, đơn vị gửi ngay cơ quan BHXH để chi trả hỗ trợ NLĐ kịp thời.

- Trong trường hợp cần điều chỉnh thông tin, lập và gửi Bảo hiểm xã hội tỉnh (Mẫu số 03) kèm theo hồ sơ chứng minh thông tin điều chỉnh theo quy định.

Thời hạn thực hiện: ***chậm nhất đến hết ngày 25/11/2021.***

2.3. Thực hiện chủ trương đẩy mạnh thanh toán không dùng tiền mặt tại Chỉ thị số 22/CT-TTg ngày 26/5/2020 của Thủ tướng Chính phủ và phòng chống dịch bệnh Covid-19, đề nghị đơn vị phối hợp với các ngân hàng tạo điều kiện để NLD mở tài khoản cá nhân để hỗ trợ.

2.4. Trường hợp người SDLĐ không có nguyện vọng nhận tiền hỗ trợ thì đơn vị phản hồi với cơ quan BHXH bằng văn bản; NLD tự nguyện không nhận hỗ trợ thì thông báo để NSDLĐ được biết.

3. Phương thức giao dịch:

Đơn vị gửi danh sách (*Mẫu số 02, Mẫu số 03*) cho Bảo hiểm xã hội tỉnh bằng các cách thức sau:

- Thông qua dịch vụ bưu chính.
- Trực tiếp tại cơ quan Bảo hiểm xã hội tỉnh.
- Trực tuyến: Thông qua Cổng dịch vụ công Quốc gia; Cổng dịch vụ công của BHXH Việt Nam hoặc các tổ chức cung cấp dịch vụ I-VAN, ứng dụng VSSID.

Trường hợp đơn vị có vướng mắc đề nghị liên hệ với Bảo hiểm xã hội tỉnh Bình Thuận để được hướng dẫn (*điện thoại: 0252.3824787, máy lẻ 420; 421; 422; 423; 424; 427; 428; 429; 430*).

Bảo hiểm xã hội tỉnh Bình Thuận thông báo để đơn vị biết và phối hợp thực hiện./.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Giám đốc BHXH tỉnh (b/c);
- Văn phòng, các phòng nghiệp vụ;
- Lưu: VT, QLT

**KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**

Lê Thị Hồng Vân

**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 chú (1)
						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.

**DANH SÁCH NGƯỜI LAO ĐỘNG ĐỀ NGHỊ ĐIỀU CHỈNH THÔNG TIN 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 BHYTN chưa hưởng hết đến hết tháng 9 năm 2021 (Tổng số tháng)	Thông tin đề nghị điều chỉnh (1)	Thông tin tài khoản		Ghi chú
							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.