附件1

社会保险基金监督举报事项记录单

单位： 编号：年份—序号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接收时间 | 年 月 日 | | 举报形式 | □现场□电话□传真□来信□网络邮件  □其他 | | 是否实名举报 | | □是  □否 |
| 举报人  基本情况 | 姓名  /单位 |  | 身份证  号码 |  | | 联系  电话 | |  |
| 家庭住址/  单位地址 | |  | | | | | |
| 被举报人  基本情况 | 姓名  /单位 |  | 身份证号码/统一社会信用代码 |  | | 联系  电话 | |  |
| 家庭住址/  单位地址 | |  | | | | | |
| 举报事项  （详细材料可附后） | 摘要：  证据材料：1.  2. | | | | | | | |
| 审查情况 |  | | | | | | | |
| 处理建议 | □受理 □不予受理 □转办 □移送其他部门 □其他    经办人： 日期： | | | | | | | |
| 基金监督  机构主要  负责人意见 | 日期： | | | | | | | |
| 记录人签名 |  | | | | 是否需要  回避 | | □是 □否 | |

附件2

社会保险基金监督举报转办函

：

根据《湖北省社会保险基金监督举报工作管理实施细则（试行）》规定，现将 于 年 月 日提出的关于 举报事项转至你单位，请在收到此函后3个工作日内联系举报人，并尽快予以调查处理，在60个工作日内将结果报告 。

联系人：

联系电话：

附：举报材料（复印件）共 份 页。

人力资源和社会保障部门（印章）

年 月 日

附件3

社会保险基金监督举报事项办理单

单位：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 举报事项： |  | 记录单编号： |  |
| 受理时间： |  | 办理人： |  |
| 办理情况  （可另附  详细情况） | 一、基本情况  二、违法违规事实  三、处理依据 | | |
| 办理意见 | □行政立案 □监督检查 □其他 | | |
| 基金监督  机构意见 | 主要负责人签名：  年 月 日 | | |
| 备注 |  | | |

附件4

社会保险基金监督举报事项办结审批单

单位： 日期：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接收时间 | 年 月 日 | | 举报形式 | □现场□电话□传真□来信□网络邮件  □其他 | 是否实名举报 | □是  □否 |
| 举报人基本情况 | 姓名  /单位 |  | 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址/  单位地址 | |  | | | |
| 被举报人基本情况 | 姓名  /单位 |  | 身份证号码/统一社会信用代码 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址/  单位地址 | |  | | | |
| 举报事项 | 摘要： | | | | | |
| 受理情况 | 年 月 日受理， 和 进行初步调查，提出 处理意见。 | | | | | |
| 办理情况 | □有问题，依法作出行政处理、行政处罚决定。  □有问题，依法应当由其他部门、机构处理。  □有问题，向有关部门、机构提出处理建议。  □无问题，经办理未发现欺诈骗取、套取或者挪用贪占社会保险基金情形的。  □ 其他依法应当予以办结的情形。 | | | | | |
| 基金监督  机构负责人意见 |  | | | | | |
| 分管负责人意见 |  | | | | | |

填表说明：请一并附上《社会保险基金监督举报事项记录单》及调查报告。

附件5

社会保险基金监督举报事项中止调查审批单

单位： 记录人：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接收时间 | 年 月 日 | | 举报形式 | □现场□电话□传真□来信□网络邮件  □其他 | 是否实名举报 | □是  □否 |
| 举报人基本情况 | 姓名  /单位 |  | 身份证  号码 |  | 联系  电话 |  |
| 家庭住址/  单位地址 | |  | | | |
| 被举报人  基本情况 | 姓名  /单位 |  | 身份证号码/统一社会信用代码 |  | 联系  电话 |  |
| 家庭住址/  单位地址 | |  | | | |
| 举报事项 | 摘要： | | | | | |
| 受理情况 | 年 月 日受理（或 年 月 日受理，并作行政立案调查处理） | | | | | |
| 中止办理的情况 | □举报涉及法律、法规、规章或者政策适用问题，需要有权机关作出解释或者确认的。  □因被举报人或者有关人员下落不明等，无法继续办理的。  □因被举报的机构、单位终止，尚未确定权利义务承受人，无法继续办理的。  □无因自然灾害等不可抗力原因，无法继续办理的。  □因案情重大、疑难复杂或者危害后果特别严重，确需提请上级主管部门研究决定的。  □其他依法应当中止办理的情形。 | | | | | |
| 基金监督  机构负责人  意见 |  | | | | | |
| 分管负责人意见 |  | | | | | |

填表说明：请一并附上《社会保险基金监督举报事项记录单》及调查报告。

附件6

社会保险基金监督举报情况统计表

市（县） 年 月至 月

填报单位（公章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 受理时间 | 受理方式 | 举报人 | 被举报  对象 | 举报事项 | 办理情况 | 办结  时间 | 追回基金  （万元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 基金监督机构负责人： 填表时间： 年 月 日