

محل
الصاق عکس

بسمه تعالی

فرم درخواست بیمه بیکاری

اداره تعاون کار و رفاه اجتماعی شهرستان

با سلام و صلوات بر محمد (ص) و آل محمد (س)

احتراماً، اینجانب فرزند به شماره شناسنامه کدملی صادره از

شاغل در کارگاه به شماره کارگاه در تاریخ / / ۱۳ به دلیل از کار

بیکار شده و تقاضای دریافت مقرری بیمه بیکاری را دارم. ضمناً کارفرمای کارگاه مذکور لیست حق بیمه اینجانب را به شعبه

تأمین اجتماعی واریز نموده است.

آدرس و شماره تلفن متقاضی :

امضاء متقاضی

تاریخ / / ۱۳

اداره تعاون کار و رفاه اجتماعی شهرستان

با توجه به اینکه قرارداد کارم در تاریخ / / ۱۳ به پایان رسیده است و از کارفرمای خود در مطالب قانونی شکایتی ندارم لذا مراتب

جهت استحضار و اقدام لازم به منظور برقراری بیمه بیکاری اعلام می گردد.

در ضمن به استحضار می رساند مهلت سی روزه جهت درخواست بیمه بیکاری اینجانب (تبصره ب ماده ۱ قانون بیمه بیکاری) به علت

..... سپری شده است. فلذا خواهشمند است دستور فرمایید مساعدت لازم جهت تشکیل

پرونده مبذول فرمائید.

نام و نام خانوادگی :

امضاء یا اثر انگشت

تاریخ / / ۱۳

نتیجه طرح در جلسه حل اختلاف :

طبق صورتجلسه حل اختلاف مورخه عذر نامبرده موجه تشخیص داده شد / نشد .