附件4

**灵 活 就 业 证 明**

永德县公共就业和人才服务中心：

兹有永德县 （乡、镇） （村、社区） 同志，身份证号码： ，联系电话： 。因无固定职业，自2023年1月1日起在我辖区内从事 职业，月收入 元，2023年 月 日经系统认定属于 （**连续失业一年以上人员、4050人员、处于失业状态的残疾人、低保户、零就业家庭成员、连续失业6个月以上的应届离校未就业高校毕业生、连续失业3个月以上的易地扶贫搬迁至城镇的建档立卡贫困劳动力**）灵活就业人员。

截至2023年 月 日，本人以 形式（**灵活就业、公益性岗位**）共享受过社会保险补贴 个月，（享受具体时间/金额： ）剩余 个月，202 年缴纳社会保险档次 （60-100%） 元。

特此证明！

 XXX社会保障服务中心

202 年 月 日