附件1 编号：

困难群体参加基本养老保险意愿确认书

姓 名： 身份证号码：

居住地址：

请如实填写以下内容：

1．工作人员是否已向本人告知国家及我市基本养老保险政策及应享有参加城镇职工基本养老保险或城乡居民基本养老保险的权益？ 是□ 否□

2．本人是否参加了城镇职工基本养老保险或城乡居民基本养老保险？ 是□ 否□

3．本人是否不愿意参加城镇职工基本养老保险或城乡居民基本养老保险？ 是□ 否□

4．本人不愿意参加城镇职工基本养老保险或城乡居民基本养老保险的原因：

参保资格人签字：

工作人员（两人）签字：

社区工作站/行政村（签章）： 年 月 日