

南昌市残疾人联合会 南昌市财政局

洪残联字〔2018〕205号

南昌市扶持集中安置残疾人就业单位 实施办法

各县（区）、开发区（新区）残联，财政局：

为稳定和促进残疾人就业，进一步提高残疾人职工生活水平，根据《中华人民共和国残疾人保障法》（主席令〔2008〕第3号）、《残疾人就业条例》（国务院第488号令）、《江西省残疾人就业办法》（省政府令〔2010〕第182号）和关于印发《残疾人就业保障金征收使用管理办法》的通知（财税〔2015〕72号）等文件精神，结合本市实际，制定本办法。

一、扶持对象和条件

集中安置残疾人就业的单位同时符合以下条件，经本单位（机构）申请，并经过有关部门审批后，可按本方案扶持：

1、依法与安置的每位残疾人职工签订了一年以上（含一年）的劳动合同或服务协议，并且安置的每位残疾人职工在单位实际在岗工作。

2、月平均实际安置的残疾人职工占单位在职职工总数的比例应高于 25%（含 25%），并且实际安置的残疾人职工人数多于 10 人（含 10 人）；盲人按摩机构安置盲人人数不少于 5 人（含 5 人）。

3、企业按规定为安置的每位残疾人职工缴纳社会保险。

4、通过银行等金融机构按月向安置的每位残疾人职工实际支付了不低于本市最低工资标准的工资。

5、具备安置残疾人职工上岗工作的基本设施。

二、扶持方式

集中就业单位安排残疾人职工就业人数占企业在职职工总人数的 25%（含 25%）以上且多于 10 人（含 10 人）的，盲人按摩机构安置盲人人数不少于 5 人（含 5 人），集中就业单位按规定为残疾人职工缴纳社会保险，按照上一年度企业缴纳的养老保险、医疗保险、失业保险费用中单位负担部分总额的 50%给予补贴。

三、申请扶持资金审批程序

用人单位申请资格审核时，应当向市、县（区）残联提交下列材料原件及复印件（原件审核后退回）：

- 1、单位补贴申请审批表；
- 2、单位统一社会信用代码证；

- 3、单位与每位残疾人职工签订的劳动合同或服务协议；
- 4、在职职工登记表；
- 5、残疾职工登记表；
- 6、残疾人职工的《中华人民共和国残疾人证》或《中华人民共和国残疾军人证（1至8级）》；
- 7、用人单位通过银行等金融机构向每位残疾人职工支付工资的凭证；
- 8、社保部门出具的用人单位为每位残疾人职工缴纳的社会保险费缴费记录。

四、 申请办理时间

集中安置残疾人单位应于每年5月底前向企业注册地所在县（区）残联提交上一年度补贴申请，县（区）残联对本辖区单位的资格及申请进行审核并签署意见盖章后，报县区财政局审核盖章，6月20日前将审核材料交市残联复核。

五、 资金保障及审核发放

扶持所需资金由市、县（区）各级残疾人就业保障金共同承担，纳入年度残保金财政预算。其中红谷滩新区、高新技术开发区扶持资金由市财政负担；县（区）扶持资金由市、县（区）财政按5：5共同负担。集中就业单位按照《营业执照》登记的所在地确定所属县（区）进行申报。

县（区）残联、财政局在收到申报材料初审完毕后，由县（区）残联统一将审核通过的申报材料报送市残联。市残联在对资料的完整性、真实性进行审查的基础上，进行实地

抽查和公示，对符合扶持条件的单位，由市残联于当年8月1日前向市财政局申报扶持资金，市财政局将扶持资金拨付至县（区）财政局，县（区）财政局将市、县（区）级扶持资金拨付到各级残联。

各级残联应在财政资金下拨后的10个工作日内，将补贴下发到各集中就业单位。

六、检查与监督

各县（区）残联、财政要加强对集中就业单位资金补助的审核、管理和检查工作，市残联、财政要加强复审、监督工作，进行不定期检查，存在违法行为的按照相关法律法规规定进行处理和处罚。对集中就业单位弄虚作假、骗取补贴的将依法追回。构成犯罪的，依法追究相关人员的刑事责任。

七、附则

- 1、本意见自印发之日起执行
- 2、本意见由市残联负责解释。

附件：1、集中安置残疾人单位就业补助申请审批表

2、单位职工登记表

3、残疾职工登记表

南昌市残疾人联合会



南昌市残疾人联合会办公室 2018年12月25日印发

附件1:

南昌市集中安置残疾人单位就业补助申请审批表

单位名称		法人代表	
统一信用代码证号		集中安置残疾人单位证号	
开户银行		银行账号	
单位注册地址		邮编	
联系人		联系电话	
单位职工总数	人	残疾职工人数	人
安置残疾人比例	%	残疾职工保险缴纳基数	养老保险: 医疗保险: 失业保险:
企业负担的残疾职工三项保险总金额			
申请补助年度		申请补助金额	元
<p>上述各项内容真实、可靠、完整。如有虚假，本单位愿意承担相关法律责任。</p> <p style="text-align: right;">单位（公章）：</p>			
经办人：		法定代表人：	
		年 月 日	
县（区）残联 审核意见： 同意给予该单位 残疾人就业补助 经办人： 负责人： 盖章 年 月 日	县（区）财政 审核意见： 经办人： 负责人： 盖章 年 月 日	市残联 审核意见： 经办人： 负责人： 盖章 年 月 日	

备注：此表一式四份，县（区）残联、县（区）财政局、市残联、市财政各一份。

