

厦门市残疾人联合会

厦门市财政局文件

厦门市人力资源和社会保障局

厦残规〔2020〕2号

厦门市残疾人联合会 厦门市财政局
厦门市人力资源和社会保障局关于扶持残疾人
辅助性就业机构发展的通知

各区残联、财政局、人社局：

为贯彻落实《中共厦门市委办公厅 厦门市人民政府办公厅
印发〈关于“爱心厦门”建设工作纲要〉及配套工作举措、领导小
组成员名单的通知》（厦委办发〔2019〕57号）文件精神，根据
《福建省残疾人联合会 福建省财政厅关于残疾人辅助性就业机
构扶持办法的通知》（闽残联教就〔2018〕150号）和《厦门市人

民政府关于加快推进残疾人小康进程的实施意见》(厦府〔2016〕120号)等文件要求,为加快推动我市残疾人辅助性就业,扶持残疾人辅助性就业机构发展,现将有关事项通知如下:

一、扶持对象

满足以下基本条件的残疾人辅助性就业机构:

(一)依法在本市市场监督管理、民政及其他有关行政管理部门办理登记注册的独立法人单位或者是独立法人单位附属机构(以工农疗站场、庇护工场或车间等形式存在)。

(二)集中安置的智力、精神和重度肢体三类残疾人不少于5人。安置的残疾人应具有本市户籍、在法定就业年龄段内且持有《中华人民共和国残疾人证》或者《中华人民共和国残疾军人证》(1至8级)。重度肢体残疾人是指《中华人民共和国残疾人证》(1至2级肢体残疾人)或《中华人民共和国残疾军人证》(1至3级肢体残疾军人)。

(三)开展残疾人辅助性就业6个月以上。具有相对稳定的劳动生产项目,有固定劳动生产场所,面积应不小于50平方米。

(四)与安置的残疾人或其监护人签订了不低于6个月的辅助性就业服务协议或劳动合同。其中,签订全日制劳动合同的,应按国家规定参加城镇职工社会保险。

(五)每名残疾人日工作时间不少于3小时或者周工作时间不少于15小时。劳动合同或协议期内,残疾人因病或康复治疗等

原因无法在机构内正常出勤且不能参加庇护性劳动连续一个月内且未领取劳动津贴（报酬）的，视为符合条件。

（六）按月通过银行等金融机构向安置的每位残疾人支付了不低于我市月最低工资标准 1/4 的劳动报酬（含综合补贴等），其中，签订全日制劳动合同的，支付不低于我市月最低工资标准的劳动报酬。

（七）除组织残疾人劳动就业外，还应具有残疾人生活自理能力训练、职业技能培训、康复服务、文体娱乐等其中 3 项（含）以上基本功能和设施。具有适合残疾人工作、生活的无障碍环境，具备较为完善的劳动安全保护措施。

（八）根据规模配备必要的管理服务人员，管理服务人员与残疾人比例不低于 1: 10。有安置精神残疾人的，须安排专（兼）职精神科或相关业务能力的医生进行管理。

（九）具有较完善的内部管理。建立工作日志，做到一天一志。建立残疾人服务档案，服务内容登记详实。管理服务人员岗位职责明确，考勤登记、劳动及收益分配、生活生产消防安全管理等制度健全并落实，有突发事件应急处置预案。

二、扶持的项目和标准

对满足上述基本条件、申请扶持时仍在正常运营的残疾人辅助性就业机构，可按以下项目和标准给予资金扶持：

1. 一次性建设经费补贴：根据机构安置辅助性就业满 1 年的

残疾人数，按照每人 5000 元的标准给予一次性建设经费补贴，最高不超过 20 万元，用于对机构残疾人就业环境改造、生产设施设备购置和完善等补贴。

2. **运行费用补贴：**根据机构安置辅助性就业满 1 年的残疾人数，按照每人每年 10000 元标准给予运行费用补贴，用于对机构场地租金、管理服务人员工资、残疾人职业康复、培训、开展活动和机构水、电及其他日常办公费支出、残疾学员综合补贴及为机构提供就业项目支持的用人单位补贴奖励等。

3. **社会保险补贴：**对机构与安置的残疾人签订 1 年（含）以上期限全日制劳动合同、支付不低于当地最低工资标准的劳动报酬并办理就业登记和缴交社会保险的，可按规定享受用人单位招用就业困难人员社会保险补贴。

4. **安置残疾人就业奖励：**采取以奖代补方法，根据机构签订全日制劳动合同安置辅助性就业满 1 年的残疾人数，以每人每年 3000 元标准，对机构安置残疾人就业予以奖励，每个机构奖励年限不超过三年。

三、资金、政策的落实

1. **申请。**满足基本条件的残疾人辅助性就业机构，于每年 6 月 1 日-7 月 31 日向机构注册或登记地址所在区的残联所属残疾人就业服务机构提出申请，并提供以下材料：

(1) 《厦门市扶持残疾人辅助性就业机构资金申请审批表》

(附件 1) 一式二份;

(2) 在行政管理部门登记注册或附设机构的相关证件的复印件一份 (首次申请或再次申请有变动时提供);

(3) 与残疾人或与其监护人签订的辅助性就业服务协议或劳动合同复印件一份;

(4) 《辅助性就业人员花名册》(附件 2) 一份、所安置残疾人合法有效的《中华人民共和国残疾人证》或《中华人民共和国残疾军人证》复印件各一份;

(5) 通过银行等金融机构向安置残疾人支付工资或劳动报酬的凭证复印件一份;

(6) 有关劳动生产项目、相关管理制度的说明材料一份;

(7) 社保征收 (经办) 单位出具的机构为辅助性就业人员缴纳职工基本养老保险、职工基本医疗保险、失业保险缴费情况的有效凭据一份 (申请社会保险补贴的机构需提供);

(8) 机构场所属租赁性质的应提供租赁合同及转账凭证复印件。

符合条件的残疾人辅助性就业机构在规定的时间内未申报的, 视为自动放弃。

2. 审核。受理申请的残疾人就业服务机构在接到提交的材料后, 应认真审核, 并在 10 个工作日内, 至少安排 2 名工作人员对辅助性就业机构进行实地核查, 形成核查意见。对不符合条件的

辅助性就业机构，应及时书面告知退件并说明理由。对符合条件的辅助性就业机构，应书面告知受理申请的补贴项目，同时根据标准核算扶持资金，公示五个工作日，公示无异议的，签署审核意见，报同级残联审批。

3. 审批。区残联应在区残疾人就业服务机构核查、审核的基础上，进一步确认审查申报材料是否符合规定、内容是否属实，核定扶持资金金额，在五个工作日内完成审批。

4. 拨付。各区残联向同级财政部门申请核拨扶持资金。残疾人就业服务机构（残联）在财政部门扶持资金到账后，应在 10 个工作日内通过金融机构将扶持资金拨付给残疾人辅助性就业机构。

四、资金来源

残疾人辅助性就业机构作为残疾人就业保障金扶持项目之一，所需经费纳入市残联部门预算，通过体制下达各区，由区残联统一拨付。

五、其他事项

（一）残疾人辅助性就业机构符合规定条件的，可以先享受人社部门对用人单位招用就业困难人员的社会保险补贴政策。享受残联部门的社会保险补贴期间内，不得重复享受人社部门社会保险补贴政策。

（二）同一名机构开办人登记注册运营的残疾人辅助性就业

机构，在按规定条件、标准享受资金扶持后，因各种原因重新登记注册的，不得再重新申请资金扶持。一个残疾人辅助性就业机构在规定条件、标准享受资金扶持后，机构开办人（法定代表人）、机构登记名称、运营地点等发生变动，但安置就业的残疾人未变动或变动小于90%的，也不得再重新申报、核定资金扶持。

（三）辅助性就业机构不重复享受我市超比例安置残疾人就业奖励。定点残疾人托养服务机构开办辅助性就业，就业的残疾人不重复享受托养服务补助。

（四）各区残联、财政要密切协作，按照既严格审核把关又努力简化程序优化服务的要求，确保扶持残疾人辅助性就业机构资金及时审核审批、及时发放，提高政策落实的实效。

（五）各区残联要加强对残疾人辅助性就业机构建设的服务、指导，对享受资金扶持的残疾人辅助性就业机构在运营过程中出现不符合本办法规定条件的，应要求其限期整改，未按要求整改或整改后仍不符合要求，以及采取挂靠、挂名、虚报等手段骗取扶持资金的，应全额追回已享受的扶持资金。涉及违法的，按相关规定提请相关部门处理。负责办理残疾人辅助性就业机构扶持资金的残疾人就业服务机构应加强业务管理，按照“一档一册”要求建立扶持残疾人辅助性就业机构工作档案。

（六）本通知由市残联负责解释，自2020年7月1日起执行。

- 附件：1. 厦门市扶持残疾人辅助性就业机构资金申请表
2. 辅助性就业人员花名册



厦门市人力资源和社会保障局

2020年7月8日



市残联办公室

2020年7月8日印发

附件 1

厦门市扶持残疾人辅助性就业机构资金审批申请表

(年度)

机构名称			法人代表		
机构地址			机构类别	<input type="checkbox"/> 独立法人单位 <input type="checkbox"/> 独立法人单位附设机构	
联系人		联系电话		邮政编码	
账户名称			银行账号		
开户银行			证照字号		
机构在职人员状况	管理服务 人员人数	辅助性就业 在岗人数	其中		
			智力残疾人	精神残疾人	重度肢体残疾人
辅助性就业人员签订 全日制劳动合同人数	辅助性就业人员缴纳 职工社会保险人数	劳动生产场所面积 (平方米)	劳动生产项目		
申请项目和承诺	<p>本机构于年月日开办经营，目前仍在持续运营、申请扶持残疾人辅助性就业机构以下项目补贴：</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 一次性建设经费补贴 <input type="checkbox"/> 运行费用补贴 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> 社会保险补贴 <input type="checkbox"/> 安置残疾人就业奖励 </div> <p>我机构承诺：申报的各项数据和材料真实、准确、完整。如有虚假申报，愿承担相应的法律责任。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 机构负责人（签字）： 单位（盖章）： 年 月 日 </div>				

本页由申请扶持机构填写。

<p>区 级残 疾人 就业 机构 核查 审核 意见</p>	<p>现地核查情况： 1. 机构注册登记：<input type="checkbox"/>符合 <input type="checkbox"/>不符合 2. 机构持续运营开始时间： 年 月 日； 3. 现在岗辅助性就业 人（精神残疾人 人，智力残疾人 人，重度 肢体残疾人 人）满1年辅助性就业 人，计入其它单位用工 人； 4. 劳动生产项目： 提供项目单位： 年代工费： 万元； 5. 固定劳动生产场所面积： 平方米；基本无障碍设施：<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>无 6. 机构基本功能和实施：<input type="checkbox"/>劳动就业 <input type="checkbox"/>生活自理能力训练 <input type="checkbox"/>职业技能 培训 <input type="checkbox"/>康复训练 <input type="checkbox"/>文体娱乐 7. 管理服务人员 人； 8. 专（兼）职精神科或具有相关业务能力医生 人； 有无签订协议：<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>无 9. 机构管理制度健全：<input type="checkbox"/>管理服务人员岗位职责 <input type="checkbox"/>工作日志 <input type="checkbox"/>服务档案 <input type="checkbox"/>考勤登记 <input type="checkbox"/>劳动及收益分配 <input type="checkbox"/>生活生产消防安全管 理 <input type="checkbox"/>突发事件应急处置预案 核查意见： <div style="text-align: right;">核查人（签名）： 年 月 日</div></p>
	<p>审核意见： 经现地核查和申报材料审查，该机构符合残疾人辅助性就业机构扶持对象的基本条件（享受人社部门社会保险补贴对比：<input type="checkbox"/>已享受 <input type="checkbox"/>未享受）。 该机构年月至年月辅助性就业满1年残疾人名（其中符合社会保险补贴人）。核定一次性建设经费补贴万元（其中本年度拨付万元），运行费用补贴万元，社会保险补贴万元，安置残疾人就业奖励万元（第年），共计元（其中本年度拨付万元）。 初审： 复核：</p> <div style="text-align: right;">单位（盖章） 年 月 日</div>
<p>残联 审批 意见</p>	<div style="text-align: right;">单位（盖章） 负责人： 年 月 日</div>
<p>备注</p>	

本页由审核、审批机构填写。

附件 2

辅助性就业人员花名册

填报机构 (盖章):

填报日期: 年 月 日

姓名	残疾证号	户籍地	残疾类别	残疾等级	联系电话	入职机构时间	有无缴纳职工社会保险	是否计入其它单位职工总数

