

# 成都市成华区残疾人联合会 成都市成华区财政局 文件

成华残联〔2019〕10号

---

## 关于印发《成都市成华区残疾人辅助性就业机构 扶持办法（试行）》的通知

各街道办事处：

《成都市成华区残疾人辅助性就业机构扶持办法（试行）》已经区政府常务会议第55次会议审议通过，现印发你们，请认真贯彻落实。

(此页无正文)



2019年3月28日

# 成都市成华区残疾人辅助性就业机构扶持办法 (试行)

为贯彻落实中国残联等 8 部门《关于发展残疾人辅助性就业的意见》(残联发〔2015〕27 号),中国残联办公厅《关于进一步落实残疾人辅助性就业机构扶持政策的通知》(残联厅发〔2017〕35 号),省残联等 9 部门《关于发展残疾人辅助性就业的实施意见》(川残发〔2016〕1 号)和市残工委《关于印发市残联市人社局等部门〈成都市“助残双创工程”实施方案〉的通知》(成残工委〔2017〕9 号)等文件要求及相关规定,进一步加强残疾人社会保障和服务体系建设工作,加快推进我区残疾人辅助性就业工作,保障智力、精神和重度肢体残疾人劳动就业权利,结合我区实际,制定本办法。

## 一、认定标准

辅助性就业是指组织法定就业年龄段内有就业意愿但难以进入竞争性劳动力市场的智力、精神和重度肢体残疾人从事生产劳动的一种集中就业形式,在劳动时间、劳动强度、劳动报酬和劳动协议签订等方面相对普通劳动者较为灵活。具备以下条件的认定为辅助性就业机构:

(一)根据组织形式不同,残疾人辅助性就业机构可以是依法在工商、民政等有关部门办理登记注册的独立法人单位,也可以是独立法人单位附设机构(以工农疗、庇护工场或车间等形式

存在)。

(二) 残疾人辅助性就业机构需有相对固定的工作场所，工作场所原则上应在成华区行政区域范围内。就业服务场所应具有与劳动生产项目相适应的工作条件，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。

(三) 残疾人辅助性就业机构须安置成华区户籍的智力、精神和重度肢体三类残疾人不少于 10 人。安置的残疾人应在法定就业年龄段内且持有第二代《中华人民共和国残疾人证》或《中华人民共和国残疾军人证》(1-8 级)。重度肢体残疾人是指《中华人民共和国残疾人证》(1-2 级)或《中华人民共和国残疾军人证》(1-3 级)。

(四) 残疾人辅助性就业机构应根据服务对象的规模配备一定比例的专业服务人员，最低不少于 2 人。安置精神残疾人的，需安排有专(兼)职精神科或相关业务能力的医生进行管理，并与医疗服务机构建立医疗保障和管理机制。

(五) 残疾人辅助性就业机构应具有相对稳定的劳动生产项目，且运行情况良好至少已开展劳动生产 6 个月以上。

(六) 辅助性就业机构与安置的残疾人或其监护人签订了不低于 6 个月的劳动合同或相关协议，其中，签订全日制劳动合同的，应按国家规定参加社会保险。

(七) 残疾人辅助性就业机构应安置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。

（八）残疾人辅助性就业机构须通过银行等金融机构向安置的每位残疾人支付不低于当地最低工资 1/4 的劳动报酬。

## **二、扶持政策**

对符合认定标准的辅助性就业机构，经区残联审核同意后，按照安置成华区户籍残疾人数给予机构一次性建设补贴、日常运行补贴。

### **（一）一次性建设补贴。**

按照残疾人用工人数，给予辅助性就业机构每人 10000 元的一次性建设补贴，最高不超过 50 万元。补贴资金用于场地建设、无障碍改造、购置生产设备、活动康复设施、医疗用品等。

### **（二）日常运行补贴。**

按照残疾人用工人数，给予辅助性就业机构 1000 元/人/月的日常运营补贴，每年最高不超过 60 万元。补贴资金用于房屋租赁、水电、设备维修、专业服务人员工资、残疾人购买社会保险等。年内人数变动的按月计算。

## **三、申报程序**

### **（一）申报材料。**

1. 成华区残疾人辅助性就业机构补贴申请审批表。
2. 在行政管理部门登记注册或附设机构的相关证明文件。
3. 与残疾人或其监护人签订的劳动合同或相关协议。
4. 安置残疾人及工作人员的花名册，残疾人身份证、户口簿、《残疾人证》复印件。

5. 银行代发残疾职工工资有效凭证，符合参加社会保险的还应提供社保缴费凭证。

6. 有关劳动项目的说明材料。

7. 安置精神残疾人的还需提供医疗人员相关资质证明及与医疗机构的合作协议复印件。

## **（二）办理程序。**

1. 辅助性就业机构持以上申报材料到区残联申报，日常运行补贴待辅助性就业机构认定后，每半年申报一次补贴经费。区残联收到提交材料后 10 个工作日内完成受理，并安排至少 2 名以上工作人员对辅助性就业机构进行实地核查。

2. 经区残联审核认定的辅助性就业机构，按补贴标准拨付资金，支付款项时辅助性就业机构须开具正规票据；对于不符合条件的辅助性就业机构，应书面告知并说明理由。

## **四、资金来源**

辅助性就业机构各项补贴纳入区财政预算安排，据实结算。

## **五、发放方式**

辅助性就业机构一次性建设补贴在审核同意后一次性发放。机构日常运行补贴从辅助性就业机构审核认定后当月起计算，每半年发放一次。

## **六、监督管理**

区级相关部门应加强对残疾人辅助性就业机构的监督管理，确保公平、公正、公开。专项资金的管理和使用必须遵守国家财

经法规和财务会计制度，专款专用，依法接受财政、审计等部门监督。区财政局、区残联将不定期地对资金使用情况进行检查，及时发现和纠正问题，强化绩效管理，对违反规定挤占挪用、虚报冒领、套取骗取专项资金等违法违纪行为，依据法律法规进行处理，涉嫌犯罪的，移送司法机关。

**本办法自颁布之日起实行，试行期两年。本办法由区残联负责解释**

- 附件：1.成华区残疾人辅助性就业机构补贴申请审批表  
2.成华区残疾人辅助性就业机构就业残疾人和工作人员花名册

附件 1

成华区残疾人辅助性就业机构补贴申请审批表

申请机构（盖章）：

填报日期：

|               |                                                                  |                                                                                                                     |                                           |  |
|---------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--|
| 辅助性就业服务机构基本情况 | 申请机构名称                                                           |                                                                                                                     |                                           |  |
|               | 申请机构地址                                                           |                                                                                                                     |                                           |  |
|               | 申请机构法人代表（负责人）                                                    |                                                                                                                     | 联系电话                                      |  |
|               | 登记注册机关                                                           |                                                                                                                     | 登记注册证号                                    |  |
|               | 机构性质                                                             | 企业 <input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 民办非企 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> |                                           |  |
|               | 辅助性机构启运时间                                                        |                                                                                                                     | 机构使用面积（平方米）                               |  |
|               | 场地是否租赁                                                           | 是 <input type="checkbox"/> 否： <input type="checkbox"/>                                                              | 专业服务人员总数：_____人。<br>其中：专职_____人；兼职_____人。 |  |
| 辅助性就业项目介绍     |                                                                  |                                                                                                                     |                                           |  |
| 安置区内残疾人数      | 总数：_____人。其中：智力残疾_____人；精神残疾_____人；重度肢体残疾_____人。                 |                                                                                                                     |                                           |  |
| 申请补贴类别        | 一次性建设补贴 <input type="checkbox"/> 日常运行补贴 <input type="checkbox"/> |                                                                                                                     |                                           |  |
| 区残联审核意见       | 负责人：<br>盖 章：<br><div>年 月 日</div>                                 |                                                                                                                     |                                           |  |

说明：1. 本表由申请资助的辅助性就业机构据实填写。  
2. 本表填报时需一式二份，申请机构、区残联各一份。

附件 2

成华区残疾人辅助性就业机构就业残疾人和工作人员花名册

申请机构：（盖章）

填报日期：

| 就业残疾人明细（区内） |    |    |         |                     |      |             |                    |                              |                    |                           |                      |         | 工作人员明细 |     |     |     |     |               |                      |
|-------------|----|----|---------|---------------------|------|-------------|--------------------|------------------------------|--------------------|---------------------------|----------------------|---------|--------|-----|-----|-----|-----|---------------|----------------------|
| 姓名          | 性别 | 年龄 | 残疾类别和等级 | 第二代残疾证号码<br>（残疾军人证） | 劳动项目 | 工资<br>（元/月） | 工资<br>发放月份<br>（个月） | 是否<br>签订<br>劳动<br>合同<br>（协议） | 合同（协<br>议）起止<br>时间 | 周<br>工作<br>时间<br>（<br>小时） | 是否<br>购买<br>社会<br>保险 | 家 庭 住 址 | 姓名     | 年 龄 | 性 别 | 学 历 | 岗 位 | 专职<br>或兼<br>职 | 是否<br>经过<br>专业<br>培训 |
|             |    |    |         |                     |      |             |                    |                              |                    |                           |                      |         |        |     |     |     |     |               |                      |
|             |    |    |         |                     |      |             |                    |                              |                    |                           |                      |         |        |     |     |     |     |               |                      |
|             |    |    |         |                     |      |             |                    |                              |                    |                           |                      |         |        |     |     |     |     |               |                      |
|             |    |    |         |                     |      |             |                    |                              |                    |                           |                      |         |        |     |     |     |     |               |                      |
|             |    |    |         |                     |      |             |                    |                              |                    |                           |                      |         |        |     |     |     |     |               |                      |

注： 1、本表由申请资助的辅助性就业机构据实填写。填报时需一式二份，申请机构、区残联各一份。

2、残疾人明细劳动项目栏填“残疾人具体工作内容”；工资栏如果每月不定，请填写工资最低月份的金额；工资发放月份栏按照提供的工资发放凭证月份填写。

3、工作人员明细岗位栏填写“管理人员、社工、导师、工场经理、医生、后勤人员或其他” 等内容之一。

信息公开属性：主动公开

---

抄送：区人社局，区卫健局，区审计局。

---

成都市成华区残疾人联合会办公室

2019 年 3 月 28 日印发

---