

# 成都市成华区残疾人联合会 成都市成华区财政局文件 成都市成华区人力资源和社会保障局

成华残联〔2020〕7号

---

## 关于印发《成华区残疾人就业创业补贴 实施细则》的通知

各街道办事处：

为贯彻落实市残联、市财政局、市人社局《关于印发〈成都市残疾人就业创业补贴实施意见〉的通知》（成残联〔2020〕21号）文件精神，区残联、区财政局、区人社局共同制定了《成华区残疾人就业创业补贴实施细则》，现印发你们，请认真贯彻执行。



成都市成华区人力资源和社会保障局

2020年8月28日

# 成华区残疾人就业创业补贴实施细则

为贯彻落实市残联、市财政局、市人社局《关于印发〈成都市残疾人就业创业补贴实施意见〉的通知》(成残联〔2020〕21号)文件精神，结合成华区实际，制定本实施细则。

## 一、补贴条件及标准

具有成华区户籍，持有成华区核(换)发的《中华人民共和国残疾人证》，处于就业年龄段(男16-59周岁，女16-54周岁)，具备一定劳动、就业或创业能力，且在成都市行政区域内进行就业创业的残疾人。

### (一) 残疾人灵活就业。

1.家庭种养殖补助对象。以家庭承包土地(林地)、水面为依托从事种养殖生产劳动的残疾人，补贴标准为1000元/人/年。

2.盲人按摩补助对象。在具有合法资质的盲人按摩机构从事按摩工作或开办具有合法资质的盲人按摩机构本人并从事按摩工作的视力残疾人，补贴标准为1200元/人/年。

3.社区就业补助对象。在专门市场从事个体经营、向社区居民(或单位)提供便民利民服务、公益性服务或后勤保障服务工作的自主从业残疾人，补贴标准为1200元/人/年。

4.残疾人手工艺商品化工程项目点补助对象。开设残疾人手工艺品销售店或具有手工艺制作技术特长并从事手工艺艺术培训、手工艺品生产制作的残疾人，补贴标准为3000元/人/年。

5.其他灵活性就业补助对象。其他从事非全日制、临时性和弹性工作等实现就业的残疾人,补贴标准为1200元/人/年。

在单位签订劳动合同并购买养老保险的不能享受以上补贴。

## (二) 残疾人自主创业。

1.企业(含社会组织)自主创业对象。本人出资比例或合伙份额应占80%以上,且须自依法登记注册之日起正常经营1年以上;须有固定的经营(服务)场所,有场地租赁者须提供1年以上场地租赁合同,且须以企业(社会组织)名义签订;须与招用残疾人签订1年以上用工合同并按规定为其购买社会保险。

补贴标准:招用残疾人2名以上的(不含创办者本人),按每招用1名残疾人5000元的标准给予补贴,补贴最高不超过20000元;招用残疾人5名以上(不含创办者本人)且注册资本50万元以上的企业,按每招用1名残疾人5000元的标准给予补贴,补贴最高不超过50000元。场地租赁补贴5000—20000元(50 m<sup>2</sup>及以下的按5000元补贴,50 m<sup>2</sup>以上—100 m<sup>2</sup>(含)的按10000元补贴,100 m<sup>2</sup>以上—150 m<sup>2</sup>(含)的按15000元补贴,150 m<sup>2</sup>以上的按20000元补贴)。

2.个体经营自主创业对象。取得《个体工商户营业执照》的残疾人,须自依法登记注册之日起正常经营1年以上;须有固定的经营(服务)场所,有场地租赁者须提供1年以上场地租赁合同,且须以个体工商户名义签订。补贴标准为10000元,若有场地租赁的,可再给予5000元的补贴。

当年度内残疾人通过变更公司股东、个人独资企业投资人、合伙企业合伙人方式成为投资人的企业（含社会组织），不能申请补贴；注销原有企业、社会组织或个体工商户再注册登记新的企业、社会组织或个体工商户并未享受自主创业补贴的残疾人，其间隔时间须在1年以上才具备申请资格；重复注册登记多个经营实体或实行连锁经营的，只能选择一个符合条件的项目申请；多个残疾人联合创业项目以项目为申请单位，以法定代表人（执行事务合伙人、个人独资企业投资人）为申请人。

### （三）残疾人就业培训。

按照区人社局和区残联有关培训相关规定执行。

## 二、申报资料

### （一）基础资料

- 1.《成华区残疾人就业创业补贴对象申请审批表》（附件1）。
- 2.《成华区残疾人灵活就业补贴对象现场核查表》（附件2）。
- 3.《成华区残疾人自主创业补贴对象现场核查表》（附件3）。
- 4.残疾人本人户口本原件及复印件。
- 5.残疾人本人参保信息。

### （二）另需提供资料

- 1.家庭种养殖业还需提供：土地（林地）、水面承包合同（协议）原件及复印件。
- 2.手工艺商品化工程项目点还需提供：场地租赁合同（协议）原件及复印件、场地所有者提供相关证明材料原件及复印件；从

事手工艺艺术培训的还需提供培训名单。

3.盲人按摩补助还需提供：申请人为盲人按摩机构法人的，提交营业执照原件及复印件；申请人为员工的，提交所在盲人按摩机构营业执照、劳动合同（协议）原件及复印件。

4.自主创业还需提供：营业执照原件及复印件，申请场地租赁扶持的，须提供1年以上场地租赁合同（协议）原件及复印件，企业（社会组织）须提供安置残疾人1年以上劳动合同原件及复印件、社保凭证、工资凭证（加盖企业或社会组织公章）。

### 三、办理流程

（一）申请。申请灵活就业和自主创业的残疾人每年4月之前持申报材料到户籍所在地的社区提出申请，并填写申请审批表（见附件1）。

（二）初审。社区对残疾人的申请材料进行初审后报街道办事处审核。

（三）审核。

1.街道办事处对社区上报资料进行审核；

2.街道办事处组织人员进行现场核查，并如实填报现场核查表（见附件2、3）；

3.对资料审核和现场核查符合补贴条件的，街道办事处组织在所在社区公示栏及残疾人所居住院落（小区）醒目处进行公示，公示5个工作日无异议，提出补贴金额的意见，报区残联审批。

（四）审批。区残联对街道办事处上报材料进行审批。对灵

活就业符合条件的给予补贴；对自主创业除审核材料外还将组织现场核查，均符合条件后给予补贴。

#### **四、资金筹集、管理及使用**

（一）由区财政预算安排，据实结算。

（二）灵活就业和自主创业补贴每年统一发放，由区残联发放至残疾人社会保障卡“一卡通”账户。

（三）残疾人自主创业补贴为一次性补贴，不重复发放，扶持实物的，应计入补贴资金。残疾人灵活就业补贴不得连续超过5年享受（含本细则实施前已补贴次数）。同一年度内残疾人灵活就业补贴、残疾人自主创业补贴、辅助性就业补贴（包括“阳光家园”学员）不重复享受。

（四）残疾人就业创业补贴资金用于补贴残疾人就业创业所需的劳动生产、生产资料、条件改善、市场营销、流动资金、项目发展、参加社会保险等方面的支出，不得用于对残疾人的生活补贴。

（五）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。

#### **五、其他事项**

（一）各街道办事处要高度重视残疾人就业创业补贴工作，严格按照文件要求执行，认真履行政策宣传、申报、审核、监督等职责。

（二）本细则自 2020 年 4 月 1 日起实行，有效期 5 年。本细则由区残联会同区财政局、区人社局等部门负责解释。

（三）本细则未明确事项，则按照市残联、市财政局、市人社局《关于印发〈成都市残疾人就业创业补贴实施意见〉的通知》（成残联〔2020〕21 号）文件要求执行。

附件：1.成华区残疾人就业创业补贴对象申请审批表

2.成华区残疾人灵活就业补贴对象现场核查表

3.成华区残疾人自主创业补贴对象现场核查表

4.成华区残疾人就业创业补贴对象公示

5.成华区残疾人就业创业补贴对象汇总表

## 附件 1

## 成华区残疾人就业创业补贴对象申请审批表

|                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                     |      |  |      |  |      |                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|------|--|------|----------------------------------------------------------|
| 姓 名                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                     | 性别   |  | 年龄   |  | 户籍类别 | 农业 <input type="checkbox"/> 非农业 <input type="checkbox"/> |
| 残疾类别                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                     | 残疾等级 |  | 残疾证号 |  |      |                                                          |
| 家庭经济情况                                                                                                                                              | 低保 <input type="checkbox"/> 低保边缘 <input type="checkbox"/> 一般收入 <input type="checkbox"/>                                                                                                                             |      |  | 联系电话 |  |      |                                                          |
| 户籍地址                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                     |      |  |      |  |      |                                                          |
| 家庭地址                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                     |      |  |      |  |      |                                                          |
| 补贴项目类型                                                                                                                                              | 灵活就业：家庭种养殖 <input type="checkbox"/> ；盲人按摩 <input type="checkbox"/> ；手工艺商品化 <input type="checkbox"/> ；社区就业和其他 <input type="checkbox"/> 。<br>自主创业：企业（社会组织） <input type="checkbox"/> ；个体工商户 <input type="checkbox"/> 。 |      |  |      |  |      |                                                          |
| 经营项目名称                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                     |      |  |      |  |      |                                                          |
| 经营项目地址                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                     |      |  |      |  |      |                                                          |
| 郑重承诺：<br>我已知晓《成华区残疾人就业创业补贴实施细则》等文件要求，我承诺所提交的相关资料真实有效，且不会发生重复享受补贴，如有违反，自愿承担相应法律责任。<br>申请人（签名）： <div style="text-align: right;">年      月      日</div> |                                                                                                                                                                                                                     |      |  |      |  |      |                                                          |
| 社区<br>初审意见                                                                                                                                          | 经办人：                      社区负责人：                      年      月      日<br><div style="text-align: right;">盖章：</div>                                                                                                  |      |  |      |  |      |                                                          |
| 街道办事处<br>审核意见                                                                                                                                       | 审核补贴金额：                      经办人：                                                                                                                                                                                   |      |  |      |  |      |                                                          |
|                                                                                                                                                     | 科室负责人：                      分管领导：                      年      月      日<br><div style="text-align: right;">盖章：</div>                                                                                                 |      |  |      |  |      |                                                          |
| 区残联<br>审批意见                                                                                                                                         | 审定补贴金额：                      经办人：                                                                                                                                                                                   |      |  |      |  |      |                                                          |
|                                                                                                                                                     | 科室负责人：                      分管领导：                      年      月      日<br><div style="text-align: right;">盖章：</div>                                                                                                 |      |  |      |  |      |                                                          |

备注：本表一式两份：区残联、街道办事处各存一份

## 附件 2

## 成华区残疾人灵活就业补贴对象现场核查表

|               |                                                                                                                                                                                                                               |    |  |    |  |      |  |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|----|--|------|--|
| 姓 名           |                                                                                                                                                                                                                               | 性别 |  | 年龄 |  | 残疾证号 |  |
| 基本资料情况        | 基本资料是否齐全：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> ；是否已审核原件：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> ；                                                                                               |    |  |    |  |      |  |
| 现场核查<br>情况    | 1.经营项目名称：                                                                                                                                                                                                                     |    |  |    |  |      |  |
|               | 2.经营项目地址：                                                                                                                                                                                                                     |    |  |    |  |      |  |
|               | 3.灵活就业补贴连续累计享受年限：____ 年。                                                                                                                                                                                                      |    |  |    |  |      |  |
|               | 4.有无在其他单位就业并购买保险：有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 。                                                                                                                                                      |    |  |    |  |      |  |
|               | 5.正常运行（从业）开始时间：____ 年 ____ 月 ____ 日。                                                                                                                                                                                          |    |  |    |  |      |  |
|               | 6.申请家庭种养殖的有无固定场所：有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> ；场所是否租赁：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 。                                                                                        |    |  |    |  |      |  |
|               | 7.申请手工艺商品化的有无固定场所：有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> ；场所是否租赁：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 。<br>是否从事手工艺培训：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> ；手工艺培训人数：____ 人。   |    |  |    |  |      |  |
|               | 8.申请盲人按摩的对象：创业本人 <input type="checkbox"/> 从业人员 <input type="checkbox"/> ；<br>创业（从业）机构有无营业执照：有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> ；<br>从业人员有无劳动合同（协议）：有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 。 |    |  |    |  |      |  |
|               | 9.其他核查情况：                                                                                                                                                                                                                     |    |  |    |  |      |  |
|               | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>核查人员（签字）：</div> <div>核查时间：</div> </div>                                                                                                                     |    |  |    |  |      |  |
| 街道办事处<br>审批意见 | <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div>科室负责人：</div> <div>分管领导：</div> <div>           盖章：<br/>           年 ____ 月 ____ 日         </div> </div>                               |    |  |    |  |      |  |

|              |                               |
|--------------|-------------------------------|
| 街道现场核查<br>照片 | 现场核查照片 1-2 张，要有就业项目、残疾人、核查人员。 |
| 公示照片         | 公示照片包括社区和所在院落的公示照片            |

备注：1.区残联不再对灵活就业补贴项目进行现场核查，由所在街道办事处负责。

2.残疾人就业创业项目点不在成华区的，可协调就业创业所在地残联协助开展现场核查。

## 附件 3

## 成华区残疾人自主创业补贴对象现场核查表

|                |                                                                                                                                                                                                                                                       |    |  |    |  |       |  |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--|----|--|-------|--|
| 姓 名            |                                                                                                                                                                                                                                                       | 性别 |  | 年龄 |  | 残疾证号  |  |
| 基本资料情况         | 基本资料是否齐全：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> ；是否已审核原件：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> ；                                                                                                                       |    |  |    |  |       |  |
| 现场核查<br>情况     | 1.经营项目名称：                                                                                                                                                                                                                                             |    |  |    |  |       |  |
|                | 2.经营项目地址：                                                                                                                                                                                                                                             |    |  |    |  |       |  |
|                | 3.是否享受过自主创业：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> ；有无在其他单位就业并购买保险：有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 。                                                                                                             |    |  |    |  |       |  |
|                | 4.正常运行（从业）开始时间：     年    月    日。                                                                                                                                                                                                                      |    |  |    |  |       |  |
|                | 5.营业执照类型：企业（社会组织） <input type="checkbox"/> 个体工商户 <input type="checkbox"/> ；<br>营业执照登记日期：_____年____月____日；<br>营业执照号码：                                                                                                                                  |    |  |    |  |       |  |
|                | 6.有无固定场所：有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> ；场所是否租赁：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> ；租赁面积：_____m <sup>2</sup> ；<br>租赁合同年限：_____年；租赁合同签订主体：企业（社会组织） <input type="checkbox"/> 个体工商户 <input type="checkbox"/> 。 |    |  |    |  |       |  |
|                | 7.企业（社会组织）安置残疾人数（不含本人）：_____人；<br>是否签订一年以上劳动合同：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> ；是否购买保险：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> ；                                                                                  |    |  |    |  |       |  |
|                | 8.自主创业出资（合伙）比例占：_____％。                                                                                                                                                                                                                               |    |  |    |  |       |  |
|                | 9.当年度是否通过变更公司股东（个人独资企业投资人或合伙企业合伙人）方式成为投资人：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 。                                                                                                                                                     |    |  |    |  |       |  |
|                | 10.其他核查情况：                                                                                                                                                                                                                                            |    |  |    |  |       |  |
| 街道办事处核查人员（签字）： |                                                                                                                                                                                                                                                       |    |  |    |  | 核查时间： |  |
| 区残联核查人员（签字）：   |                                                                                                                                                                                                                                                       |    |  |    |  | 核查时间： |  |
| 街道办事处<br>审核意见  | <div style="text-align: right;">盖章：</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>科室负责人：</div> <div>分管领导：</div> <div>年    月    日</div> </div>                                                                               |    |  |    |  |       |  |
| 区残联<br>审批意见    | <div style="text-align: right;">盖章：</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>科室负责人：</div> <div>分管领导：</div> <div>年    月    日</div> </div>                                                                               |    |  |    |  |       |  |

|              |                                    |
|--------------|------------------------------------|
| 街道现场核查<br>照片 | 现场核查照片 1-2 张，要有就业项目、悬挂标识、残疾人、核查人员。 |
| 公示照片         | 公示照片包括社区和所在院落的公示照片                 |

备注：残疾人就业创业项目点不在成华区的，可协调就业创业所在地残联协助开展现场核查。

附件 4

成华区残疾人就业创业补贴对象公示

(补贴项目名称: \*\*\*)

根据成华区残联、区财政局、区人社局关于印发《成华区残疾人就业创业补贴实施细则》的通知(成残联〔2020〕\*号)文件精神, 以下\*名残疾人符合\*\*\*补贴项目资助条件, 拟予以补助。现公示如下: 公示时间为5个工作日(\*年\*月\*日—\*月\*日), 广大群众如有意见, 请及时向街道办事处反映。联系人: \*\*\*, 联系电话: \*\*\*。

公示单位: 成华区\*\*\*\*

| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 经营项目名称 | 经营项目地址 | 补贴项目类型 | 补贴金额(元) | 备注 |
|----|----|----|----|--------|--------|--------|---------|----|
|    |    |    |    |        |        |        |         |    |
|    |    |    |    |        |        |        |         |    |
|    |    |    |    |        |        |        |         |    |
|    |    |    |    |        |        |        |         |    |

附件 5

# 成华区残疾人就业创业补贴对象汇总表

(补贴项目名称: 灵活就业 ☐ 自主创业 ☐)

填报单位: \_\_\_\_\_ 镇 (街道)

| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 残疾人证号 | 经营项目名称 | 经营项目地址 | 联系电话 | 补贴项目类型 | 补贴金额 (元) | 备注 |
|----|----|----|----|-------|--------|--------|------|--------|----------|----|
|    |    |    |    |       |        |        |      |        |          |    |
|    |    |    |    |       |        |        |      |        |          |    |
|    |    |    |    |       |        |        |      |        |          |    |
|    |    |    |    |       |        |        |      |        |          |    |
|    |    |    |    |       |        |        |      |        |          |    |
|    |    |    |    |       |        |        |      |        |          |    |

分管领导:

科室负责人:

经办人:

备注: 补贴项目类型栏: 灵活就业填种植养殖业、盲人按摩、手工艺商品化、社区就业和其他; 自主创业填企业 (社会组织)、个体工商户。

信息公开属性：主动公开

成都市成华区残疾人联合会

2020 年 8 月 28 日印发