

# 黄石市残疾人联合会文件

黄残联发〔2024〕12号

## 关于印发《黄石市残疾人辅助性就业扶持项目 管理暂行办法》的通知

大冶市、阳新县、各城区残联，新港（物流）工业园区社发局：

为积极推动我市残疾人辅助性就业工作，现将《黄石市残疾人辅助性就业扶持项目管理暂行办法》印发给你们，请遵照执行。



# 黄石市残疾人辅助性就业扶持项目管理 暂行办法

为积极推动黄石市残疾人辅助性就业工作，根据《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）、《关于发展残疾人辅助性就业的实施意见》（鄂残联发〔2015〕60号）文件精神，结合我市实际，制定本暂行办法。

## 一、扶持对象及条件

本市区域内开展残疾人辅助性就业项目的机构，根据组织形式不同，可以是依法在市场监督管理、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、庇护工场等形式存在）；且同时符合以下条件：

（一）机构安置的黄石市户籍智力、精神和重度肢体三类残疾人不少于5人（含5人）。安置的残疾人应在法定就业年龄段内，且持有有效的《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）；

（二）机构安置的残疾人应有就业意愿，具有一定的劳动能力、生活自理能力和社会适应能力，且是未办理提前领取居





民养老金待遇手续的残疾人；

（三）具有相对稳定的劳动生产项目，且至少已开展劳动生产 6 个月以上（以营业执照为准）；

（四）机构与安置的残疾人或其监护人签订了不低于两年的劳动合同或相关协议，并按时足额为残疾人缴纳企业养老保险。

（五）残疾人日工作时间不少于 5 小时或者周工作时间不少于 25 小时；

（六）机构通过银行等金融机构向安置的残疾人平均每月支付不低于当地最低工资 1/4 的报酬；

（七）机构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）机构应根据服务对象规模配备一定比例管理人员，做好辅助性就业期间管理服务保障工作，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。

（九）集中安置残疾人就业的机构不在本暂行办法扶持范围之内。

## 二、补贴方式和标准

对安置黄石市户籍智力、精神和重度肢体三类残疾人 5 人（含 5 人）以上的机构，根据机构上年度运营情况，按年度给予补贴；其中，前三年，每年给予 3 万元的项目补贴；从第四年起，按照每人每月 500 元标准，给予机构运营补贴。



### 三、经费来源

本暂行办法所指的残疾人辅助性就业的项目补贴和运营补贴资金由市残联全额承担，施行预算管理，从市本级残疾人事业专项中列支。

### 四、申报材料

我市各机构申领残疾人辅助性就业项目补贴或运营补贴，需要提交下列材料：

- 1.机构在行政管理部门登记注册或附设机构的相关文件。
- 2.机构与残疾人或与其监护人签订的劳动合同或相关协议，残疾人监护人需提供本人身份证复印件，并与残疾人证上的监护人信息保持一致。
- 3.机构安置的残疾人身份证、户口本、处于有效期内的《残疾人证》或者《残疾军人证》复印件。
- 4.机构向安置残疾人支付的劳动报酬凭证、企业养老保险缴费凭证。
- 5.机构在岗残疾人工作考勤表或其他证明材料(需加盖机构公章)。
- 6.有关劳动项目的说明材料(需加盖机构公章)。
- 7.安置精神残疾人的机构要提供聘请医务人员的书面证明材料(需加盖机构公章)。
- 8.黄石市残疾人辅助性就业项目补贴申请表（附件1，需加盖机构公章）。





9.黄石市残疾人辅助性就业情况汇总表（附件2，需加盖机构公章）。

## 五、申报时间

本市区域内符合条件的机构于每年7月31日前，向所在地的县（市、区）残联或社发局申请残疾人辅助性就业项目补贴或运营补贴，逾期未申报的，视为放弃。

## 六、办理流程

1.各县（市、区）残联或社发局进行初审后，在《黄石市残疾人辅助性就业项目补贴和运营补贴申请表》上签署意见，加盖公章，与其他申报材料一并送市残疾人就业服务中心复核，市就业残疾人就业服务中心进行实地核查后，报市残联审批。

2.市残联公示无异议后，将残疾人辅助性就业项目补贴或运营补贴资金直接拨付给申请机构，并及时告知。

## 七、管理要求

1.加强管理。开展残疾人辅助性就业项目的机构的名称、地址、法定代表人、劳动项目、安置残疾人数量等事项发生变更的，应当在变更后1个月内，向机构所在地的县（市、区）残联或社发局提交相关材料。县（市、区）残联或社发局在接受材料后1周内核实情况并送市残疾人就业服务中心复核。

2.强化监督。加强对开展残疾人辅助性就业项目的机构的监督，对采取挂靠、挂名、虚报等“假用工”的机构，追回全部补贴资金。



3.责任追究。残联、残疾人就业服务机构、开展残疾人辅助性就业项目的机构及其工作人员违反办法规定的，由有权机关责令限期改正；造成严重后果的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。任何组织或者个人有截留、挪用、骗取或者其他违反规定使用补贴资金行为的，依照有关规定处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

## 八、其他

1.本暂行办法自 2025 年 1 月 1 日起执行，有效期五年，在施行期间，国家、省、市有新规定的，从其规定。

2.本暂行办法适用于黄石市各城区、新港（物流）园区、大冶市、阳新县。

3.本暂行办法由市残联负责解释。

附件：1.黄石市残疾人辅助性就业项目补贴和运营补贴申请表

2.黄石市残疾人辅助性就业情况汇总表





## 附件 1

## 黄石市残疾人辅助性就业项目补贴和运营补贴申请表

填报日期： 年 月 日

|                      |                                                                                         |  |      |           |  |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|------|-----------|--|
| 单位名称                 |                                                                                         |  |      | 负责人       |  |
| 单位地址                 |                                                                                         |  |      | 联系电话      |  |
| 统一社会信用代码             |                                                                                         |  |      |           |  |
| 备案时间                 |                                                                                         |  |      | 补贴年度      |  |
| 补贴类型                 | 项目补贴<br>(元)                                                                             |  | 运营补贴 | 申请补贴人数(人) |  |
|                      |                                                                                         |  |      | 申请补贴金额(元) |  |
| 开户银行                 |                                                                                         |  |      |           |  |
| 银行帐号                 |                                                                                         |  |      |           |  |
| 申请单位<br>承 诺          | <p>本单位承诺：</p> <p>以上填报信息真实有效。如有虚报瞒报，自愿全额退回款项，并承担相应法律责任。</p> <p>负责人(公章)：</p> <p>年 月 日</p> |  |      |           |  |
| 县(市、区)残联或<br>社发局初审意见 | <p>(公章)：</p> <p>年 月 日</p>                                                               |  |      |           |  |



|                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| 市残疾人就业服务中<br>心复核意见 | (公章):<br>年    月    日 |
| 市残联审批意见            | (公章):<br>年    月    日 |





附件 2

黄石市残疾人辅助性就业情况汇总表

( 年 月 至 年 月 )

单位名称(公章):

填报日期: 年 月 日

| 序号 | 姓名 | 残疾人证号/残疾军人证号 | 残疾类别 | 残疾等级 | 在岗就业月份 | 残疾人在岗期间月平均工资<br>(元) | 补贴月份数 | 补贴金额<br>(元) |
|----|----|--------------|------|------|--------|---------------------|-------|-------------|
|    |    |              |      |      |        |                     |       |             |
|    |    |              |      |      |        |                     |       |             |
|    |    |              |      |      |        |                     |       |             |
|    |    |              |      |      |        |                     |       |             |
|    |    | 金额合计(元)      |      |      |        |                     |       |             |

填表说明: “在岗就业月份”是指残疾人实际在岗工作的具体月份, 如“1-5月”或“1月、3月、5月”;

