

# 大竹县残疾人联合会

竹残发〔2023〕13号

签发人：王方兵

---

## 大竹县残疾人联合会 关于申报 2022 年用人单位超比例安置残疾人 就业奖励的通知

县级各部门、各乡镇人民政府（街道办事处）：

为鼓励用人单位积极安置残疾人就业，根据四川省发展改革委等 6 部门《关于印发〈关于完善残疾人就业保障金制度更好促进残疾人就业措施清单〉的通知》（川发改价格〔2020〕533 号）、省残联等 17 部门《关于印发〈关于进一步做好残疾人就业创业工作的若干政策措施〉的通知》（川残办〔2019〕74 号）和达州市发展改革委等 6 部门《关于转发〈关于完善残疾人就业保障金制

度更好促进残疾人就业措施清单》的通知》（达市发改委〔2020〕130号）相关规定，现将用人单位超比例安置残疾人就业奖励申报有关内容通知如下：

## 一、奖励对象

积极履行按比例安置残疾人就业法律责任，并于2023年10月31日前通过线上线下方式申报按比例安置残疾人就业审核确认且符合下列条件的用人单位：

（一）安置残疾人就业人数占本单位在职职工人数的比例为1.6%-25%的大竹县行政区域内的机关、团体、企业、事业单位和民办非企业单位。

（二）按规定申报了安置残疾人就业情况。

（三）安置就业的残疾职工应在就业年龄段内，且持有有效《中华人民共和国残疾人证》或有效《中华人民共和国残疾军人证》（1-8级）。

（四）将残疾人录用为在编人员或依法与残疾职工签订了1年以上（含1年）的劳动合同（服务协议），且实际支付的工资不低于本地最低工资标准，并足额缴纳社会保险费。

（五）残疾职工有具体的工作岗位且实际在岗。

（六）安置1名持有效《中华人民共和国残疾人证》（1至2级）或有效《中华人民共和国残疾军人证》（1至3级）的人员就业的，按照安置2名残疾人就业计算。年度内用人单位安置持有效《中华人民共和国残疾人证》（3至4级）或《中华人民

《中华人民共和国残疾军人证》（4至8级）的人员就业未满1年的，按照残疾人职工实际就业月数占比（实际就业月数/12）计算。年度内用人单位安置持有效《中华人民共和国残疾人证》（1至2级）或《中华人民共和国残疾军人证》（1至3级）的人员就业未满1年的，按照残疾人职工实际就业月数占比（实际就业月数/12）的2倍计算。

（七）用工单位依法以劳务派遣方式接受残疾人在本单位就业的，由派遣单位和接受单位通过签订协议的方式协商一致后，将残疾人数计入其中一方的实际安置残疾人就业人数和在职职工人数，不得重复计算。

## 二、奖励标准

根据超1.6%比例招用人数，按照1000元/人·年的标准给予奖励。其中，核定奖励的超比例安置残疾人就业人数为：上年度用人单位实际安置残疾人就业人数（以《按比例安置残疾人就业审核认定书》为准）-上年用人单位在职职工人数×1.6%，计算结果只计整数部分。奖励资金可用于残疾职工的工资福利、社会保险、劳动保护、职业培训和无障碍改造等支出。

## 三、申请、审核、审批和发放程序

（一）符合奖励条件的用人单位在2023年11月29日前向县残联提出上年度用人单位超比例安置残疾人就业奖励申请，并提供以下材料：

1.《大竹县用人单位超比例安置残疾人就业奖励申请表》(见附件 1)一式两份;

2.《统一社会信用代码证书》、《营业执照》、《社会团体法人登记证书》等相关法人证照原件及复印件(仅首次申请时提供);

3.县残联出具的上年度《按比例安置残疾人就业审核认定书》复印件;

4.《上年度残疾职工花名册》(见附件 2);

5.加盖社会保险费征收机构公章的上年度 1-12 月份用人单位为职工缴纳社会保险费总人数的相关凭证;

6.以劳务派遣用工的,出具双方盖章的《四川省劳务派遣用工安置残疾人就业申报表》原件及复印件;

(二)县残联对申报材料进行严格审核。根据申报情况,必要时与残疾人就业保障金征缴等相关信息进行比对,与用人单位工资发放表等进行比对,对残疾职工在岗情况进行实地核查等。不符合规定要求的,及时办理退件,并说明原因。县残联对审批通过的用人单位超比例奖励情况在门户网站进行公示。

(三)县残联将超比例安置残疾人就业奖励资金发放到位。

#### **四、监督管理**

县残联按规定履行审批程序,对工作人员滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的予以追责。对用人单位弄虚作假、伪造资料骗取

奖励的,全额追回奖励资金,同时按照有关法律法规报相关部门严肃查处。

## 五、其他事项

(一)符合奖励条件的用人单位在规定期限内未申报的,视为自动放弃。

(二)县残联建立超比例安置残疾人就业奖励工作档案。

(三)县残联在预算金额内按照申报时间先后顺序将超比例安置残疾人就业奖励资金发放到位,超过申报时限或申报时预算资金已安排使用完毕后将不再受理申报。

(四)企业由行业主管部门负责通知,其他单位由主管部门负责通知下属单位。







附件 2

# 上年度残疾职工花名册

(            年度 )

用人单位 ( 盖章 ) :

| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 残疾人证号<br>( 残疾军人证编号 ) | 残疾<br>类别 | 残疾<br>等级 | 岗位 | 劳动合同 ( 服务协<br>议 ) 起止日期 | 联系电话 |
|----|----|------|----------------------|----------|----------|----|------------------------|------|
|    |    |      |                      |          |          |    |                        |      |
|    |    |      |                      |          |          |    |                        |      |
|    |    |      |                      |          |          |    |                        |      |
|    |    |      |                      |          |          |    |                        |      |
|    |    |      |                      |          |          |    |                        |      |
|    |    |      |                      |          |          |    |                        |      |

填报人:

法人代表:

填报时间:        年    月    日