平陆县超比例安排

残疾人就业奖励办法

为更好促进残疾人就业，进一步鼓励用人单位超比例安排残疾人就业，提高用人单位安排残疾人就业的主动性、积极性，根据《山西省财政厅山西省残疾人联合会山西省人力资源和社会保障厅<关于印发超比例安排残疾人就业奖励办法>的通知》（晋财社﹝2023﹞2号）精神，特制订本方案。

一、奖励对象

在平陆县行政区域内执行按比例安排残疾人就业政策的国家机关、社会团体、企事业单位、民办非企业等用人单位（以下统称用人单位）。

实际安排就业的残疾人数超过本单位在职职工总数1.5%（不含1.5%），且超出部分为1人以上（含1人）的用人单位。

集中安置残疾人就业单位（包括福利企业、盲人按摩机构、残疾人托养服务机构、残疾人辅助性就业机构和其他单位等）不适用。

二、奖励条件

申请奖励的用人单位需同时满足以下条件：

1.安置的残疾人员工必须是符合法定就业年龄，并持有《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）的人员。

2.依法与残疾人职工签订劳动合同或者服务协议满一年以上（含1年），且实际支付工资不低于平陆县全日制用工最低工资标准，并足额为其缴纳社会保险。

3.超比例安置残疾人就业人数在1人以上（含）。

三、奖励标准

1.奖励金额根据用人单位奖励人数和奖励标准确定。

2.奖励人数=实际安排残疾人就业人数-应安排残疾人就业人数，应安排残疾人就业人数=单位在职职工总人数×1.5%，用人单位安排持有《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）的重度残疾人按2倍计算残疾人就业人数。

3.奖励标准为平陆县上年度全日制用人单位最低工资标准（月最低工资标准×12）的50%

四、申报程序

1.符合条件的用人单位需在每年3月1日至4月10日，携带规定的材料（附件1-3），到平陆县就业服务机构申请上年度奖励。

2.残疾人就业服务机构对用人单位的申请材料进行审核，必要时进行实地核查，经审核通过后，确定奖励金额并公示5个工作日：不符合规定的，及时办理退件，并说明原因。

3.公示后无异议的，在《超比例安排残疾人就业奖励申请表》签署审核意见，报同级残联部门审核，审核无误后报当地财政部门。财政部门按相关规定拨付奖励资金至用人单位指定账户。

五、工作要点

1.县残联要高度重视超比例安排残疾人就业奖励政策的落实工作，鼓励用人单位开发更多适合残疾人的工作岗位。

2.县残联要加强政策宣传和业务指导，确保用人单位知晓政策、熟悉申报流程，提高申报效率。

3.各相关部门要密切配合，加强信息共享和协同监管，确保奖励资金专款专用，防止虚报冒领等违规行为。参考晋财社﹝2023﹞2号文件，（财政部门要做好预算安排、资金拨付及监管等工作；人力资源和社会保障部门要将维护残疾人职工劳动权利纳入劳动监察范围，加强监督；残联和残疾人就业服务机构要加强政策指导、材料审核和资金分配与管理等工作。各级财政、人力资源社会保障、残联部门要加大执法检查力度，对享受奖励单位残疾人职工的就业岗位、工资待遇和缴纳社会保险费等情况进行检查监督。有违反劳动法律法规和本办法规定的，要及时进行处理。对弄虚作假骗取奖励资金的，除追回资金外，取消该用人单位下年度申请资格，同时根据情节轻重追究相关人员的法律责任。）

六、其他事项

1.奖励资金按年度申报，对在规定期限内不申报的，视同自动放弃，逾期不再受理。

2.县残联所属的残疾人就业服务机构负责超比例安排残疾人就业奖励工作，受理申请、审核、发放等资料纳入档案信息管理。

七、联系人及联系电话

联系人：席怡冉

电 话：0359-3526726

附件：1.申报奖励须出具的相关证明、材料

2.超比例安排残疾人就业奖励申请表

3.在岗残疾人职工花名册

4.超比例安排残疾人就业奖励情况统计表

平陆县残疾人联合会

2025年3月3日

附件1

申报奖励须出具的相关证明、材料

（一）《企业法人营业执照》《事业单位法人证书》《社会团体法人登记证书》及组织机构代码证等证照原件及复印件（仅首次申请时提供）

（二）按比例安排残疾人就业审核认定的《在职残疾职工认定书》原件及复印件

（三）残疾人职工身份证复印件、《残疾人证》或《残疾军人证》原件及复印件

（四）与残疾人职工签订的劳动合同原件及复印件

（五）用人单位上年度为残疾人职工缴纳社会保险和工资发放的原始凭证及复印件

附件2

超比例安排残疾人就业奖励申请表

（ 年度）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 法人代表 |  |
| 单位地址 |  | 邮政编码 |  |
| 银行账号 |  | 账户名称 |  |
| 开户银行 |  | 组织机构代码 |  |
| 单位在职职工总数 |  | 超额安排残疾人就业人数 |  |
| 残疾人职工总数 |  | 联系人 |  |
| 联系电话 |  |
| 申请项目和承诺 | 申请超比例安排残疾人就业奖励。我单位承诺：申报和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。单位（盖章） 年 月 日   |
| 残疾人就业服务机构审核意见 | 单位在职职工总数 | 残疾人职工总数 | 核定奖励人数 | 单位（盖章） 年 月 日   |
|  |  |  |
| 当地月最低工资标准（元） | 核定奖励金额（元） |
|  |  |
| 残联审批意见 | 单位（盖章） 年 月 日  |

附件3

在岗残疾人职工花名册

（ 年度）

填报单位（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 残疾人证号 | 残疾等级 | 岗位工种 | 劳动合同期限 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 负责人： 填报人： 填报时间： 年 月 日

附件4

超比例安排残疾人就业奖励情况统计表

（ 年度）

填报单位（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 单位名称 | 联系电话 | 职工总人数 | 应安排残疾人数 | 实际安排残疾人数 | 超比例人数 | 月最低工资标准（元） | 奖励总金额（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 负责人： 填报人： 填报时间： 年 月 日