永州市残疾人联合会文件

永残联字〔2021〕2号

永州市残疾人联合会

关于进行2020年度按比例安排残疾人就业

情况审核的通知

市直各机关、团体、企事业单位，中央、省驻永单位：

根据国家发展改革委等六部门联合印发的《关于完善残疾人就业保障金制度更好促进残疾人就业的总体方案》、《湖南省按比例安排残疾人就业规定》(省政府令第273号)、《湖南省财政厅、湖南省地方税务局、湖南省残疾人联合会关于转发〈残疾人就业保障金征收使用管理办法〉的通知》（湘财综〔2016〕46号）等文件精神，现将办理2020年度按比例安排残疾人就业情况审核有关事项通知如下：

一、审核时间

2021年3月1日—2021年4月30日（周一至周五上午9:00-12:00；下午13:30-17:00）。

二、审核对象

市直各机关、团体、企事业单位，中央、省驻永单位，属市税务局征税对象的各类企业单位及其他经济组织。（以下简称用人单位）。

三、受理单位

永州市残疾人服务中心。

四、受理地址及电话

永州市政务服务中心二楼B区综合窗口（永州市冷水滩区岚角山办事处永州大道与迎宾路交汇处东北角）。

永州市残疾人服务中心 0746-2815206

永州市政务服务中心综合窗口 0746-8379700

五、审核资料

1.《永州市按比例安排残疾人就业申报审批表》（附件1）、《永州市按比例安排残疾人就业情况核定审报表》(附件2)；

2.本单位2020年度职工名册；

3.持已安排就业残疾人的《中华人民共和国残疾人证》、《中华人民共和国残疾军人证》（1至8级）原件及复印件、已安排就业的残疾人一年以上劳动合同或服务协议原件及复印件，残疾人从业人员2020年度1、4、7、12月份工资表、残疾职工社会保险参保证明（失业、工伤、养老、医保）等资料；

4.用人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，将派遣用工总人数（含残疾人数）计入其中一方的实际安排残疾人就业人数和在职职工人数，不得重复计算。劳务派遣单位和接受单位需提供签订的协议等资料留存备查。

六、审核要求及注意事项

1.各用人单位在规定时间内，持相关资料到永州市政务服务中心二楼B区综合窗口办理申报核定手续，未在规定时间申报的，视为未安排残疾人就业，全额计征残疾人就业保障金；

2.各用人单位要按照附件1、附件2要求填报，并由单位负责人、填表人签名，加盖单位公章，附件2一式两份；

3.残疾人就业保障金由税务部门负责征收。用人单位向所在地主管税务机关申报，一般按月缴纳，安排有残疾人的，须同时提供由永州市残疾人劳动就业服务站出具的审核认定书；

4.用人单位未按规定缴纳保障金的，依法予以警告，责令限期缴纳；逾期仍不缴纳的，除补缴欠缴数额外，自欠缴之日起，按日加收5‰的滞纳金；

5.在审核时对资料不全的一律不予受理，虚报残疾人用工的单位，一经查实，将不予认可；

6.《永州市按比例安排残疾人就业申报审批表》、《永州市按比例安排残疾人就业情况核定申报表》可登录永州市残联网（cl.yzcity.gov.cn）通知公告栏下载。

附件：1.永州市按比例安排残疾人就业申报审批表

 2.永州市按比例安排残疾人就业情况核定申报表

永州市残疾人联合会

 2021年2月19日

附件1

永州市按比例安排残疾人就业申报审批表

用人单位名称（盖章）： 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | （2寸免冠近照） |
| 文化程度 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 残疾类别 |  | 残疾等级 |  | 婚姻状况 |  |
| 残疾证号 |  | 办证时间 |  |
| 身份证号码 |  |
| 有 何 技能 特 长 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  |
| 家庭主要成员及主要社会关系 | 称谓 | 姓 名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 | 联系电话 |
| 父亲 |  |  |  |  |  |
| 母亲 |  |  |  |  |  |
| 配偶 |  |  |  |  |  |
| 子（女） |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 就业人员是否有劳动、人事行政部门办理招聘、录用手续 |  | 公务员 | 固定工 | 合同工 | 临时工 |
|  |  |  |  |
| 何年何月何处参加工作 |  |
| 用人单位对招聘录用的残疾工作人员在岗位是否合理核定 | 劳动定额 | 转正 | 定级 | 晋升 | 培训 | 职称评定 |
|  |  |  |  |  |  |
| 劳动报酬（月工资） | 医疗保险 | 社会保险 | 生活福利 | 失业保障 | 评奖 |
|  |  |  |  |  |  |

附件2

永州市按比例安排残疾人就业情况核定申报表

申报年度： 年

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位（章） |  | 邮 编 |  | 纳税人识别号 |  |
| 地 址 |  | 单位性质 |  | 所属税务局 |  |
| 法定代表人 |  | 经办人 |  | 联系电话 |  |
| 在职职工人数 |  | 在职职工年工资总额 |  |
| 在职残疾职工人数 |  | 社保登记编码 |  |
| 残疾职工花名册 | 姓 名 | 残疾人证、残疾军人证号 | 残疾等级 | 月工资 | 社保个人编号 | 残疾人（监护人）联系电话 | 是否劳务派遣 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 单位负责人： 填报人： 申报日期： 年 月 日