广元市用人单位超比例安排残疾人就业奖励实施办法（试行）

为鼓励用人单位积极安排残疾人就业，保障残疾人劳动权利，根据《残疾人就业条例》（国务院令第488号），省残联、省财政厅等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），省发展改革委、省财政厅等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），省财政厅等3部门《关于印发<四川省残疾人就业保障金征收使用管理实施办法>的通知》（川财规〔2021〕5号）等文件精神，结合我市残疾人就业工作实际，特制定本实施办法。

一、奖励对象

上一年度在市内各县区残联按《四川省用人单位按比例安排残疾人就业情况申报审核暂行办法》有关规定申报了按比例安排残疾人就业情况，且安排残疾人就业人数超过本单位在职职工总数1.6%比例、不足25%的广元市行政区域内的机关、团体、企业、事业单位和民办非企业单位。

个体工商户、享受了促进残疾人就业增值税优惠政策的用人单位、残联组织机关及直属事业单位等不列入奖励范围。

二、奖励标准

按照《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》（川发改价格〔2020〕533号）规定，对招用残疾人比例超过1.6%、不足25%的，根据超1.6%比例招用人数，按照1000元/人·年的标准给予奖励。超1.6%比例安排残疾人就业人数=上年度用人单位实际安排残疾人就业人数（以《按比例安排残疾人就业审核认定书》为准）-上年度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、职业培训和无障碍环境改造等支出。

三、申请奖励资料及程序

（一）申请所需资料

1.《广元市用人单位超比例安排残疾人就业奖励申请审批表》（见附件）。

2. 残疾人就业服务机构出具的上年度《按比例安排残疾人就业审核认定书》复印件。

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

（二）申请奖励程序

1. 申请。符合奖励条件的用人单位于每年9月1日至9月30日前向上一年度申报按比例安置残疾人就业情况的残疾人就业服务机构报送相关资料，在规定期限内未申报的，视为自动放

弃，逾期不再办理。

2. 受理、审核审批。受理申请的残疾人就业服务机构对申报材料进行严格审核。不符合规定要求的，5个工作日内办理退件，并说明原因。符合规定要求的，签署审核意见后报同级残联审批。

3. 公示。由残疾人就业服务机构对审批通过的用人单位超比例奖励情况进行公示，公示期5个工作日。

4. 发放。每年11月30日前，用人单位缴纳残保金的属地财政和残联部门将超比例安排残疾人就业奖励资金发放到位。

四、资金保障

奖励资金由各级财政部门纳入同级残联预算保障，从残疾人就业保障金中列支。

五、监督管理

奖励资金的审核和发放应当接受财政、审计、纪检监察等部门的检查、审计和监督。市、县区残联（含经开区社保局）和财政部门要加强协作、密切配合，按规定履行审批程序，并做好超比例奖励资金年度预算编制工作。对工作人员存在违反本办法规定，以及滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊等违法违纪行为的，按照国家有关规定追究相应责任。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。

六、其他事项

（一）市、县区残疾人就业服务机构要建立超比例安排残疾人就业奖励工作档案。

（二）本办法由市残联、市财政局负责解释。

（三）本办法自印发之日起执行，在实施过程中如与国家法律法规及上级政策不一致的，按上级政策执行。

附件：广元市用人单位超比例安排残疾人就业奖励申请审批表

附件

广元市用人单位超比例安排残疾人就业奖励申请审批表

（　　年度）

<table>
<tr><td colspan="2">用人单位名称</td><td colspan="2"></td><td>法人代表</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">统一社会信用代码</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">银行账号</td><td colspan="2"></td><td>开户银行</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">账户名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="3">上年度在职职工人数</td><td></td><td colspan="2">上年度应安排残疾人就业人数</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">上年度实际安排残疾人就业人数</td><td></td><td colspan="2">超比例安排残疾人就业人数</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">联系人</td><td colspan="2"></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>申请承诺</td><td colspan="6">我单位承诺所申报的残疾人就业相关信息和材料真实、准确、完整，如有虚假申报，愿意退回奖励资金并承担相应的法律责任。
用人单位（盖章）：
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="4">残疾人就业服务机构意见</td><td colspan="2">上年度在职职工人数</td><td></td><td colspan="2">上年度实际安排残疾人就业人数</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">核定奖励的超比例安排残疾人就业人数</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">核定奖励金额（元）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="6">初审：　　复核：
（盖章）
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>同级残联审批意见</td><td colspan="6">单位（盖章）
年　　月　　日</td></tr>
</table>