

三明市残疾人联合会 文件

三明市财政局

明残联〔2016〕28号

三明市残疾人联合会 三明市财政局 关于印发《三明市扶持残疾人就业创业 暂行办法》的通知

各县(市、区)残联、财政局:

根据《三明市人民政府关于加快推进残疾人小康进程的实施意见》(明政〔2016〕7号)和《福建省残疾人就业保障金征收使用管理实施办法》(闽财税〔2015〕41号)文件精神,市残联、市财政局联合制定了《三明市扶持残疾人就业创业的暂行办法》。现印发给你们,请认真贯彻执行。



2016年5月18日

三明市扶持残疾人就业创业的暂行办法

残疾人就业创业是改善残疾人及残疾人家庭生活状况、提高生活水平的重要渠道，也是推进残疾人及其家庭同步小康的根本途径。为进一步扶持和促进残疾人就业创业，全力推动残疾人同步小康建设，根据《三明市人民政府关于加快推进残疾人小康进程的实施意见》（明政〔2016〕7号）和《福建省残疾人就业保障金征收使用管理实施办法》（闽财税〔2015〕41号）文件精神，结合我市实际，制定本暂行办法。

一、扶持对象

具有本市户籍，持有三明市残联核发的第二代《中华人民共和国残疾人证》（以下简称“残疾人证”），在法定劳动年龄段内（男16-59周岁、女16-54周岁）的残疾人。

二、扶持项目与标准

（一）残疾人新创办的企业或经济实体：2016年起残疾人新创办的企业或经济实体，有固定生产经营场所，取得工商行政管理部门核发的《企业法人营业执照》或《专业合作社法人营业执照》，安置3名以上（含3名）残疾人就业的，并正常经营半年以上的，给予一次性20000元创业资金扶持。

（二）残疾人新创办个体工商户：2016年起对新创办个体工商户的残疾人，取得工商行政管理部门核发的《个体工商户营业执照》，并正常经营半年以上的，给予一次性5000元创业资金扶持。

（三）残疾人新开设的实体网店：2016年起对残疾人新开设的实体网店，给予一次性平台设备和软件投资5000元的资金扶持；并积极帮助符合条件的实体网店申报相关奖励资金。

（四）视力残疾人开办的盲人保健按摩店：对2016年起达到市级盲人按摩示范店标准的盲人按摩店，给予一次性30000元就业创业资金扶持；2016年起对未享受到省级福乐盲人按摩店、市级盲人按摩示范店政策的盲人按摩店，经营场所所在沿街门面店50平方米以上(含50平方米)，安置3名以上(含3名)视力残疾人就业的，给予一次性20000元场地租金扶持；2016年起对被医保中心纳入基本医疗保险定点刷卡结算单位的盲人保健按摩店，每年给予3000元的网络费、软件维护费资金扶持(扶持期限为3年)。

（五）残疾人小额贷款贴息：对残疾人本人或家庭取得金融机构贷款的，贷款资金用于发展种植业、养殖业、农副产品加工业和个体服务业的，贷款金额在5万元以下的（含5万元），按上年度人民银行公布的贷款基准利率，由市、县两级残联给予全额贴息。

以上扶持标准除小额贷款贴息项目外，同一残疾人多个项目符合条件的只能享受一个项目标准扶持。

三、申报材料

（一）残疾人新创办的企业或经济实体，应填写三明市扶持残疾人新创办企业或经济实体资金申请表》（见附件1），并提质供以下材料：

1. 固定经营场所证明（产权证或租赁合同等）；
2. 《企业法人营业执照》、《组织机构代码证》和《税务登记证》副本原件、复印件；
3. 申请人本人的《残疾人证》、《居民户口簿》、《身份证》原件、复印件；
4. 与残疾人签定就业协议书和《残疾人证》原件和复印件；
5. 提供经营场景照片（要突出单位或字号名称）和经营者照

片（照片均为 JPG 格式）；

（二）残疾人新创办个体工商户，应填写《三明市残疾人个体工商户创业扶持资金申请表》（见附件2），并提供以下材料：

1. 固定经营场所证明（产权证或租赁合同等）；
2. 《个体工商户营业执照》原件和复印件；
3. 申请人本人的《身份证》、《户口簿》、《残疾人证》原件和复印件。

（三）残疾人开设的实体网店，应填写《三明市扶持残疾人实体网店资金申请表》（见附件3），并提供以下材料：

1. 申请人本人的《残疾人证》、《身份证》原件和复印件；
2. 店铺截图，需打印和经营期间内发出的货运单号及物流运转记录，否则不予受理。

（四）视力残疾人开办的盲人保健按摩店，应填写《三明市扶持盲人就业创业资金申请表》（见附件4），并提供以下材料：

1. 申请人本人的《残疾人证》、《身份证》原件和复印件；
2. 《个体工商户营业执照》和县（市、区）残联核发的《盲人保健按摩个体从业资格证》原件和复印件；
3. 固定经营场所证明（产权证或租赁合同等）；

对申请经营场所租金扶持和医保定点刷卡结算单位的盲人保健按摩店的网络费、软件维护费资金扶持，应分别再提供经营场所照片（照片均为 JPG 格式）、与残疾人签订就业协议书、《残疾人证》原件、复印件以及医保中心批复文件。

（五）残疾人小额贷款贴息，对残疾人本人或家庭取得金融机构贷款的提供材料，按照《三明市残疾人小额贷款贴息管理暂行办法》（明残联教就〔2014〕15号）执行。

四、申请、审批和发放程序

符合项目条件的残疾人，每年的8月20前向户籍所在乡（镇、街道）残联提出申请，并填写相应的《申报表》，经乡（镇、街道）残联核实盖章后报县（市、区）残联审批。每年的9月15日前由各县（市、区）残联、财政局向市残联、市财政局提出预算申请（附件5），在规定时限内未提出预算申请的视同自动放弃。每年的10月30日前县（市、区）残联要将扶持资金发放到受益人手中。

五、资金来源

扶持残疾人就业创业资金从残疾人就业保障金中列支，列入年度残保金预算管理。

六、工作要求

（一）切实加强组织领导。各县（市、区）要进一步提高认识，做好政策的宣传工作，积极组织引导残疾人自主创业；要切实掌握残疾人就业创业的基本状况，并根据本地实际，制定相应的精准扶持残疾人同步小康就业创业行动实施方案，全面推动残疾人就业创业。

（二）确保公平公正公开的实施。各县（市、区）要认真对照扶持残疾人就业创业的暂行办法的各项标准和条件，加强扶持资金申请人的资格审查、审核和审批工作，建立健全项目档案。

（三）加强扶持资金使用管理，确保专款专用。严禁弄虚作假，冒领、代领扶持资金，对违反规定申请扶持资金的县（市、区），除追回被冒领、代领扶持资金外，要严肃处理当事人和责任人，情节严重的，移交司法机关处理。

附件 1

三明市扶持残疾人新创办企业或经济实体资金申请表

_____县（市、区）_____街道（乡镇）

姓 名		性别		年 龄		身份证号	
残疾类别		文化程度				残疾证号	
经济状况	低保 ☐ 特困救助 ☐ 贫困 ☐ 正常 ☐					手机号码	
家庭住址						企业名称	
注册资金	_____万元		经营地址				
经营范围						开业时间	_____年 ____月 ____日
领取营业执照时间	_____年 ____月 ____日		登记号				
办理税务登记时间	_____年 ____月 ____日		登记号				
本 人 申 请	本人已领取企业营业执照，办理税务登记，创办了_____（企业或经济实体名称），现申请残疾人新创办企业扶持资金_____元。 本人承诺申请新创办企业或经济实体扶持资金所填写的信息和提供的材料真实，如有虚假申报，愿承担法律责任。 申请人：_____年 ____月 ____日						
街（乡镇） 残 联 核 实 意 见	经核实，申请人于_____年_____月_____日领取企业营业执照与税务登记，创办了_____（企业或经济实体名称），在_____（地点）从事_____项目经营，现已正常经营_____个月，所提供的申请材料真实、齐全，符合申请残疾人新创办企业或经济实体资金扶持的条件。 经办人：_____年 ____月 ____日（签章）						
县（市、区） 残疾人就业 机构审 核意见	经审核，申请人所提供的申请材料真实、齐全，符合申请残疾人新创办企业或经济实体资金扶持的条件。 经办人：_____年 ____月 ____日		县 级 残 联 审 核 意 见		审核人：_____（签章） _____年 ____月 ____日		

附件 2:

三明市残疾人个体工商户创业扶持资金申请表

____县（市、区）____街道（乡镇）

姓 名		性别		年龄		身份证号	
残疾类别		文化程度				残疾证号	
经济状况	低保□ 特困救助□ 贫困□ 正常□					手机号码	
家庭住址						工商户名称	
注册资金	万元		经营地址				
经营范围						开业时间	年 月 日
领取营业执照时间	年 月 日		登记号				
本 人 申 请	本人已领取个体工商户营业执照，创办了_____（工商户名称），现已正常经营_____个月，现申请残疾人个体工商户扶持资金_____元。 本人承诺申请新创办个体工商户扶持资金所填写的信息和提供的材料真实，如有虚假申报，愿承担法律责任。 申请人：_____年 月 日						
街（乡镇） 残 联 核 实 意 见	经核实，申请人于_____年____月____日领取个体工商户营业执照，在（地点）从事_____项目经营，现已正常经营_____个月，所提供的申请材料真实、齐全，符合申请残疾人个体工商户资金扶持的条件。 经办人：_____年 月 日（签章）						
县（市、区） 残疾人就 业机构审 核意见	经审核，申请人所提供的申请材料真实、齐全，符合申请残疾人个体工商户资金扶持的条件。 经办人：_____年 月 日		县 级 残 联 审 核 意 见		审核人：_____（签章） _____年 月 日		

附件 3

三明市扶持残疾人实体网店资金申请表

_____县（市、区）_____街道（乡镇）

姓 名		性 别		出生年月		联系电话		
残疾类别			残疾证号					
网店名称				网店网址				
经营地址				经营范围				
领取营业执照时间				注册资金				
本 人 申 请	本人已领取实体网店个体工商户营业执照，创办了_____（工商户名称），现已正常经营_____个月，现申请残疾人实体网店扶持资金_____元。 本人承诺申请残疾人实体网店扶持资金所填写的信息和提供的材料真实，如有虚假申报，愿承担法律责任。 申请人：_____年 月 日							
街（乡镇） 残 联 核 实 意 见	经核实，申请人于_____年_____月_____日领取个体工商户营业执照（实体网店），创办了_____（工商户名称），在_____（地点）从事_____项目经营，现已正常经营_____个月，所提供的申请材料真实、齐全，符合申请残疾人实体网店扶持资金的条件。 经办人：_____年 月 日 （签章）							
县(市、区) 残疾人就业机构审核意见	经审核，申请人所提供的申请材料真实、齐全，符合申请资金扶持的条件。 经办人：_____年 月 日			县 级 残 联 审 核 意 见	审核人：_____（签章） _____年 月 日			

附件 4

三明市扶持盲人就业创业资金申请表

_____县（市、区）_____街道（乡镇）

姓 名		性别		年 龄		身份证号	
残疾类别		文化程度				残疾证号	
经济状况	低保 ☐ 特困救助 ☐ 贫困 ☐ 正常 ☐					手机号码	
家庭住址						工商户名称	
注册资金	_____万元			经营地址			
安置盲人就业	_____人			经营面积		平方	纳入医保 刷卡时间
领取营业执照时间	_____年 月 日			登记号			
本 人 申 请	本人已领取个体工商户营业执照，创办了_____（工商户名称），现申请盲人按摩沿街店面场地租金（纳入医保刷卡）扶持资金_____元。 本人承诺申请沿街店面场地租金（纳入医保刷卡）扶持资金，所填写的信息和提供的材料真实，如有虚假申报，愿承担法律责任。 申请人：_____年 月 日						
街（乡镇） 残 联 核 实 证 明	经核实，申请人于____年____月____日领取盲人按摩个体工商户营业执照，从事_____项目经营，所提供的申请材料真实、齐全，符合申请盲人按摩沿街店面场地租金（纳入医保刷卡）资金扶持的条件。 经办人：_____年 月 日（签章）						
县（市、区） 残疾人就 业机构审 核意见	经审核，申请人所提供的申请材料真实、齐全，符合申请资金扶持的条件。			县 级 残 联 审 核 意 见		审核人：_____（签章） _____年 月 日	
	经办人：_____年 月 日						

附件 5-1

三明市扶持残疾人就业创业的暂行办法资金预算申请表

(年度)

(盖章)

填报日期 年 月 日

县（市、区）	扶持残疾人就业创业专项资金预算安排（万元）					
	合计	项目区分				
		残疾人新创办的企业或经济实体	残疾人新创办个体工商户	残疾人新开设的实体网店	视力残疾人开办的盲人保健按摩店	残疾人小额贷款贴息
梅列						
三元						
永安						
大田						
沙县						
尤溪						
明溪						
清流						
宁化						
将乐						
泰宁						
建宁						
合计						

附件 5-2

三明市扶持残疾人就业创业的暂行办法资金发放统计表

（ 年度）

（ 盖章 ）

填报日期 年 月 日

县（市、区）	扶持残疾人就业创业专项资金预算安排（万元）					
	合计	项目区分				
		残疾人新创办的 企业或经济实体	残疾人新创办 个体工商户	残疾人新开设 的实体网店	视力残疾人开办的 盲人保健按摩店	残疾人小额贷款贴息
梅列						
三元						
永安						
大田						
沙县						
尤溪						
明溪						
清流						
宁化						
将乐						
泰宁						
建宁						
合计						