附件1

**北京市用人单位招用残疾人岗位补贴和社会保险补贴实施细则**

第一条  本市行政区域内的机关、团体、企业、事业单位、民办非企业单位（以下简称用人单位）招用具有本市户籍，劳动年龄内，持有《中华人民共和国残疾人证》（智能卡）或《中华人民共和国残疾军人证（1至8级）》的残疾人劳动力，符合以下条件的，可申请享受岗位补贴和社会保险补贴：

（一）依法与残疾人签订一年及以上期限劳动合同，且在劳动合同期限内，或将残疾人录用为机关、事业单位在编人员；

（二）支付残疾人职工不低于当年本市月最低工资标准1.2倍工资；

（三）按规定为残疾人职工缴纳社会保险费；

（四）按规定申报了安排残疾人就业情况，并申报缴纳了残疾人就业保障金（以下简称保障金）。

第二条  用人单位招用残疾人劳动力符合本细则第一条规定的，按以下标准申请享受岗位补贴：

（一）对招用残疾人在本单位连续就业不超过3年（含）的，每人每年按当年本市12月份月最低工资标准的6倍享受岗位补贴，计算公式如下：

1. 在申领岗位补贴年度内，用人单位招用残疾人达到规定条件满12个月的，岗位补贴金额=当年本市12月份月最低工资标准×6；

2. 在申领岗位补贴年度内，用人单位招用残疾人达到规定条件不足12个月的，岗位补贴金额=当年本市12月份月最低工资标准×50%×招用残疾人达到规定条件的月份数；

3. 2018年7月至12月期间，用人单位招用残疾人达到规定条件的，岗位补贴金额=当年本市12月份月最低工资标准×50%×招用残疾人达到规定条件的月份数。

（二）对招用残疾人在本单位连续就业3年以上的，每人每年按当年本市12月份月最低工资标准的8倍享受岗位补贴，计算公式如下：

1. 在申领岗位补贴年度内，用人单位招用残疾人达到规定条件满12个月的，岗位补贴金额=当年本市12月份月最低工资标准×8；

2. 在申领岗位补贴年度内，用人单位招用残疾人达到规定条件不足12个月的，岗位补贴金额=当年本市12月份月最低工资标准×66.7%×招用残疾人达到规定条件的月份数；

3. 2018年7月至12月期间，用人单位招用残疾人达到规定条件的，岗位补贴金额=当年本市12月份月最低工资标准×66.7%×招用残疾人达到规定条件的月份数。

（三）用人单位招用残疾人在本单位连续就业时间，以该单位申报安排残疾人就业情况审核结果为准。用人单位招用残疾人未达到用人单位安排残疾人就业情况审核规定条件时，重新计算招用残疾人连续就业时间。

在计算用人单位连续招用残疾人年数时，招用残疾人第一年，连续就业满9个月不足12个月的，按满1年计算；用人单位在2015年、2016年、2017年和2018年1至6月期间招用残疾人，达到用人单位安排残疾人就业情况审核规定条件的，计入连续招用残疾人时间。

（四）与《关于印发北京市用人单位招用残疾人岗位补贴和超比例奖励办法的通知》（京残发〔2012〕44号，以下简称44号文件）的衔接：

2017年10月至2018年6月期间，用人单位招用残疾人满9个月且符合44号文件第四条规定条件的，可按照以下标准享受岗位补贴和超比例奖励：

1. 与残疾人职工签订一年以上（含一年）固定期限劳动合同且在合同期内的，按照每人3750元的标准享受岗位补贴；

2. 将残疾人录用为机关、事业单位在编人员，或与残疾人职工签订无固定期限劳动合同且在合同存续期间的，按照每人5250元的标准享受岗位补贴；

3. 超过本单位职工总数1.7%比例安排残疾人就业的，每多安排1名残疾人就业，再按照每人7500元的标准享受超比例奖励；

4. 与残疾人职工签订固定期限劳动合同且享受人力资源和社会保障部门岗位补贴的用人单位，不得同时享受本条规定的岗位补贴；享受人力资源和社会保障部门岗位补贴且与残疾人职工签订无固定期限劳动合同的，可按照本条规定的岗位补贴标准享受差额部分的岗位补贴。

第三条  用人单位招用残疾人劳动力符合本细则第一条规定的，按以下标准申请享受社会保险补贴：

（一）用人单位招用持有《中华人民共和国残疾人证》（智能卡）的智力残疾人、精神残疾人和残疾等级为一、二级的肢体残疾人劳动力（以下简称“三类残疾人”），按其当年为“三类残疾人”职工实际缴纳社会保险（包括基本养老保险、基本医疗保险、失业保险、工伤保险和生育保险）费用中单位缴费部分总额的50%，享受社会保险补贴；

（二）用人单位招用非“三类残疾人”的自毕业之日起2年内未实现就业的普通高等学校和高级中等学校（含民办中等职业学校和企业举办的技工学校）残疾人毕业生（以下简称残疾人毕业生），享受最长不超过5年（含）的社会保险补贴。社会保险补贴，包括基本养老保险补贴、基本医疗保险补贴和失业保险补贴，分别以当年本市基本养老保险、基本医疗保险和失业保险最低缴费基数和单位缴费比例规定费率为标准。享受补贴时间为自签订劳动合同之日起60个月内；

（三）机关、事业单位不列入社会保险补贴范围。

第四条  岗位补贴和社会保险补贴按月计算、按年度发放。

用人单位可在申报审核安排残疾人就业情况后至保障金申报缴费期截止后一个月内，向地税登记地的残疾人就业服务机构申领上一年1至12月的岗位补贴和社会保险补贴。未在规定期限内申领的，视为自行放弃，不再给予补贴。

用人单位申领2017年10月至2018年6月期间安排残疾人就业岗位补贴和超比例奖励，在申领2018年度岗位补贴时一并办理。

第五条  用人单位申领岗位补贴和社会保险补贴，提交下列材料：

（一）《北京市用人单位招用残疾人岗位补贴和社会保险补贴申请审批表》（以下简称《申请审批表》）；

（二）《北京市用人单位招用残疾人岗位补贴和社会保险补贴人员花名册》；

（三）申领对象的《北京市社会保险个人缴费信息对账单》；

（四）申领招用残疾人毕业生社会保险补贴的，还应提交残疾人毕业生学历证明的原件和复印件（原件经审核后退回）；

（五）区残联要求提交的其他材料。

用人单位招用残疾人签订劳动合同情况，以用人单位申报安排残疾人就业情况时所提供材料为准；工资发放情况，以相关部门提供的数据信息为准，不再提交相关材料。

第六条  区残疾人就业服务机构应对用人单位申报的材料进行审查核实，在《申请审批表》上签署意见后报区残联审批。

区残联审批批准后，由区残疾人就业服务机构在次年第一季度内将补贴资金拨付用人单位。区残疾人就业服务机构应及时将审批结果书面告知申请单位。

**北京市用人单位招用残疾人岗位补贴和社会保险补贴申请审批表**

审批表编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |   |
| 统一社会信用代码 |   | 法定代表人（负责人） |   |
| 开户银行 |   | 银行帐号 |   |
| 单位联系人 |   | 联系电话 |   |
| 补贴项目 | □岗位补贴      □招用“三类残疾人”社会保险补贴□招用残疾人毕业生社会保险补贴 |
| 申请单位意  见  | 我单位按照《关于进一步促进本市残疾人就业工作的若干措施》（京残发〔2018〕26 号）申请享受岗位补贴和社会保险补贴：1.招用残疾人劳动力连续就业不超过3年（含）       人，申请享受岗位补贴         元；招用残疾人劳动力连续就业3年以上       人，申请享受岗位补贴         元；2.招用“三类残疾人”     人，申请享受社会保险补贴      元；3.招用残疾人毕业生      人，申请享受社会保险补贴     元。申请补贴合计          元。本次所提交的各项申请材料真实有效，不含虚假内容，我单位自愿承担由此产生的相关责任。                                                 （公章）经办人：       法定代表人：                     年   月   日 |
| 区残疾人就业服务机构意见 | 经审核，建议给予岗位补贴       元；招用“三类残疾人”社会保险补贴        元；招用残疾人毕业生社会保险补贴      元。合计            元。                                                  （公章）经办人：       负责人：                        年   月   日 |
| 区残联意见 |                                                  （公章）经办人：       负责人：                        年   月   日 |

注：此表一式二份，区残疾人就业服务机构、用人单位各一份

**北京市用人单位招用残疾人岗位补贴和社会保险补贴人员花名册**

用人单位（公章）:                                                                                         年  月  日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 残疾（军）人证号 | 联系电话 | 申请补贴金额 | 备注 |
| 岗位补贴 | “三类残疾人”社会保险补贴 | 残疾人毕业生社会保险补贴 |
| 1 |   |   |   |   |   |   |   |
| 2 |   |   |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |   |   |   |
| 6 |   |   |   |   |   |   |   |
| 7 |   |   |   |   |   |   |   |
| 8 |   |   |   |   |   |   |   |
| 9 |   |   |   |   |   |   |   |
| 10 |   |   |   |   |   |   |   |

注：此表由用人单位填写，一式两份，区残疾人就业服务机构、用人单位各一份。表格不够可另附页