

新昌县残疾人联合会文件

新残字〔2024〕6号

关于开展2023年度新昌县用人单位按比例安排残疾人就业情况申报审核的通告

各有关单位：

根据《浙江省残疾人保障条例》《浙江省残疾人就业办法》《浙江省财政厅 浙江省地方税务局 浙江省残疾人联合会转发财政部 国家税务总局 中国残疾人联合会关于印发〈残疾人就业保障金征收使用管理办法〉的通知》（浙财社〔2017〕26号）、《浙江省人力资源和社会保障厅等6部门关于完善残疾人就业保障金制度更好促进残疾人就业的实施意见》（浙人社发〔2020〕58号）和《浙江省残疾人联合会等8部门关于全面启动全国残疾人按比例就业情况联网认证“省内通办”“跨省通办”工作的通知》（浙残联发〔2022〕3号）精神，现就2023年度新昌县用人单位按比例安排残疾人就业情况申报审核有关规定通告如下：

一、申报对象

2023 年度新昌县已安置残疾人就业的机关、团体、企业、事业单位和民办非企业等各类用人单位。

二、申报时间

浙江省政务服务网网报端口开放时间为 2024 年 3 月 1 日至 10 月 31 日，申报集中受理期为 4 月 1 日至 6 月 30 日工作时间。

三、申报方式及材料

用人单位可采取网上或现场申请办理的方式进行残疾人按比例就业申报。

（一）网上申请办理

用人单位可用单位法人账号登录浙江省政务服务网（网址：<https://www.zjzfw.gov.cn/>）搜索“按比例就业”，在搜索结果中选择“全国残疾人按比例就业情况联网认证”事项，点击“在线办理”进入系统网报端进行申报。申报时按要求如实填写单位、残疾人职工信息（填报字段参照附件 1）并上传相关申报材料，系统将自动生成审核结果。用人单位如对系统生成的审核结果有异议，可根据系统提示上传相关证明材料，提交后待县残疾人综合服务中心人工审核确认。

（二）线下申报办理

用人单位携带所需材料到县残疾人综合服务中心进行现场申请办理。现场申报用人单位需提供以下材料：

- 1.《新昌县征收单位 2023 年度安排残疾人就业情况申报表》

(附件 1)；

2.《申报资料真实性承诺书》(附件 2)；

3.与残疾人职工签订的《劳动合同》(服务协议)复印件(机关、事业单位在编人员由主管人事部门出具录用、聘用、工资统发、社保缴纳等证明之一)；

4.《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 至 8 级)复印件；

5.对公账号上年度 1—12 月期间支付残疾人职工工资银行发放流水单；

6.上年度 1-12 月期间残疾人职工在本单位《养老保险缴费证明》；

7.上年度 1-12 月期间残疾人职工在本单位《医疗保险缴费证明》。

用人单位存在劳务派遣残疾人用工情况且与劳务派遣公司协商一致，将劳务派遣残疾人计入本单位实际用工的，除提供以上 1-7 项资料外，还需提供《新昌县劳务派遣残疾人计入接收单位按比例就业情况申报表(2023)年度》(附件 3)以及与派遣单位签订的派遣协议。

劳务派遣单位申报时除按要求提供以上 1-7 项资料外，还需提供有效期内的《劳务派遣经营许可证》《新昌县劳务派遣残疾人按比例就业情况申报表(2023)年度》(附件 4)。

以上材料中的表格均可登录绍兴市残疾人联合会门户网站(<http://www.sxcl.sx.gov.cn/>)通知公告栏下载。

四、注意事项

(一) 请在规定时间内申报，申报材料应当完整、真实、合法、有效；未在规定时限内认证申报的，视为未安排残疾人就业。

(二) 劳务派遣单位于4月30日前通过现场办理方式报备本单位残疾人用工情况，包括接收单位和派遣残疾人信息，以及本单位按比例安排残疾人就业情况。

(三) 新昌县征收单位网上申报通过后，可在承诺办结日前登录年审系统，获取告知信息，了解办理状态。已办结的，可下载打印电子确认书。

五、咨询电话

电 话：86028751

地 址：新昌县残疾人综合服务中心(南明街道文体路27号)

邮 编：312500

- 附件：1.新昌县征收单位2023年度安排残疾人就业情况申报表
2.申报资料真实性承诺书
3.新昌县劳务派遣残疾人计入接收单位按比例就业情况申报表2023年度
4.新昌县劳务派遣残疾人按比例就业情况申报表2023年度
5.联网认证业务流程图

新昌县残疾人联合会

2024年3月21日

附件 1

新昌县征收单位 2023 年度安排残疾人就业情况申报表

用人单位（公章）：

用人单位名称					统一社会信用代码			税务所属地		
单位法人	法人身份证号码				法人电话			单位性质		
单位地址					经办人姓名			经办人电话		
残疾人 职工姓名	身份证号	残疾人证号/ 残疾军人证编号	合同期限 年 月至 年 月	岗 位 工 种	申报年度社保缴费 起止月	月平均 工资 (元)	本人手机号码	是否为 劳务派遣（如 果是请填写附 件 3）		

备 注：1. 残疾人为劳务派遣用工关系请填写附件 3，并附派遣用工协议；
 2. 残疾人职工信息明细列表不够，可增加或复印；3、单位和经办人承诺所填内容真实、有效、合法。

附件 2

申报资料真实性承诺书

_____（用人单位）郑重承诺：

在办理 2023 年度按比例安排残疾人就业审核认定事项中所提交的下列材料真实、有效，复印件与原件一致。如有隐瞒或提供的材料虚假，愿意承担一切法律后果。

- 用人单位信息；
- 2023 年安排就业的残疾人信息；
- 残疾人证/残疾军人证信息；
- 劳动合同/劳务派遣协议信息；
- 残疾人参保缴费信息；
- 发放给残疾人的工资信息。

用人单位名称（章）

法定代表人或授权经办人签名：

年 月 日

附件 3

新昌县劳务派遣残疾人计入接收单位按比例就业情况申报表 2023 年度

接收单位名称						派遣协议 起止日期					
派遣公司名称						派遣公司统一社会信用代码					
派遣公司法人代表			联系人			联系电话		移动电话			
经办人			经办人 邮箱			经办人 联系电话		经办人移动电话			
残疾人 职工姓名	身份证号	残疾人证号/ 残疾军人证编号		残疾 类别	残疾 等级	文化 程度	就 职 岗 位	入 职 时 间	合 同 起 止 日 期	派 遣 起 止 月	本 人 联 系 电 话
申报 声明	<p>本单位承诺所申报残疾人就业相关信息真实准确，提供材料完整，与事实相符。</p> <p style="text-align: center;">接收单位（公章）派遣单位（公章）</p> <p style="text-align: center;">经办人：年 月 日</p>										

附件 4

新昌县劳务派遣残疾人按比例就业情况申报表 2023 年度

派遣单位（盖章）：

填报日期：

派遣单位名称		统一社会信用代码		经营许可 取得地		地址		经营区域 范围	
联系人		联系电话		医疗保险缴纳地		本单位用工残疾人数		计入接收单位残疾人数	
序号	接收单位名称	统一社会 信用代码	单位 性质	联系人	联系电话	医疗保险缴 纳地	计入接收 单位残疾 人数	残疾人 姓名	残疾人证号
1									
2									
3									

备注：请附《劳务派遣经营许可证》，计入派遣单位残疾人另需提供用人单位与残疾人职工签订的劳动合同（服务协议）、《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至8级)证件、对公账号上年1—12月支付残疾人职工工资银行发放流水单、上年1—12月残疾人职工《养老保险缴费证明》和《医疗保险缴费证明》。

联网认证业务流程图

