杨陵区2020年度在职残疾职工认定的公告

各相关认定单位：

为了促进残疾人就业，保障残疾人合法权益，做好按比例安排残疾人就业在职残疾职工的认定工作,根据陕西省财政厅、陕西省税务局、陕西省残疾人联合会关于印发《残疾人就业保障金征收使用管理实施办法》的通知（陕财办综〔2016〕85号）文件精神，结合实际，现就杨陵区2020年度在职残疾职工认定工作有关事项公告如下：

一、申报认定范围

杨陵区辖区内2020年度安排残疾人就业并依法为其缴纳社会保险的各类用人单位。

二、申报认定时间：

2020年12月1日-2021年1月15日（工作日）。

三、申报认定方式

残疾人就业的用人单位到杨陵区残疾人劳动就业服务中心进行现场申报认定。

四、申报认定所需资料

1.认定需如实填报《杨陵区用人单位在职残疾职工认定申报表》一式三份并加盖公章。

2.人社部门出具的用人单位2020年度为残疾职工缴纳城镇职工养老保险（机关事业单位在职职工养老保险）等社会保险的个人台帐（2020年1—9月加盖用人单位公章）。

3.营业执照（复印件并加盖公章）。

4.《中华人民共和国残疾人证》（复印件）、在职残疾职工身份证(复印件)或《中华人民共和国残疾军人证》（1至8级）（原件及复印件加盖公章）、在职残疾职工身份证(复印件)。

5.有关劳务派遣用人方式：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，由派遣单位和接受用工单位通过签订协议的方式协商一致后，将残疾人计入其中一方的实际安排残疾人就业人数,不得重复计算。认定时需提交由劳务派遣单位和接受用人单位双方加盖公章的劳务派遣用工认定情况说明。

6.委托第三方缴纳社会保险的用人单位在进行现场申报认定时还需要提供如下资料：

（1）用人单位与残疾职工签订的劳动合同（复印件并加盖公章）；

（2）用人单位与第三方签订的代缴社保协议（复印件）；

（3）用人单位与第三方就在职残疾职工认定归属所共同出具的情况说明。

五、办公时间、地点及联系电话

办理时间：2020年12月1日-2021年1月15日

周一至周五上午80:30-12:00，下午14：00-18:00

办理地址：杨陵区人民政府大院后楼3号楼105室。

联系电话：029-87019636

附件：1.杨陵区用人单位在职残疾职工认定申报表

2.承诺书

杨陵区残疾人劳动就业服务中心

2020年12月1日

**附件1：**

杨陵区用人单位在职残疾职工认定申报表

单位名称 （公章）： 申报年度：2020年度

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属税务机关 |  | 统一社会信用代码 |  | 单位地址 |  |
| 单位性质 |  | 经办人 |  | 联系电话 |  | 邮政编码 |  |
| 在职残疾职工信息 | 序号 | 姓名 | 性别 | 残疾类别 | 等级 | 劳动合同起止时间 | 月均工资(元) | 身份证号 | 残疾人证或残疾军人证号 | 养老保险个人编号 | 是否劳务派遣 | 劳务派遣单位名称 | 劳务派遣单位统一社会信用代码 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：1、用人单位如实填报并确保信息资料的真实准确，若填报信息有误或不实，填报单位承担一切后果。2、此表若有涂改无效。 |

法人或单位负责人： 填表人： 填表日期： 年 月 日

填表说明：1、本表现场申报一式三份，用于申报本单位在职残疾职工时同其它相关资料一同填报，同级残疾人就业服务机构审核认定时使用。2、“单位性质”指机关、团体、企业、事业、民办非企业等。3、“残疾类别”指《中华人民共和国残疾人证》（二代证）中的视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾、多重残疾或《中华人民共和国残疾军人证》中的残疾类别。4、“等级”指《中华人民共和国残疾人证》或《中华人民共和国残疾军人证》评定级别。5、“是否劳务派遣”指在职残疾职工属于劳务派遣就填“是”，不属于填“否”，是劳务派遣的在职残疾职工请填“劳务派遣单位名称”及“劳务派遣单位统一社会信用代码”。6、本表所填在职残疾职工均不包含离退休职工。7、在职残疾职工名单表格不足时可加附此表。

附件2：

承诺书

根据《陕西省残疾人就业保障金征收使用管理实施办法》规定，我单位已提交了所要求的材料，我们郑重承诺：

我们所提供的材料是真实完整的，所用残疾人员工有确定的工作岗位，残疾人员工工资已按国家相关规定发放到位，残疾人员工社会保险费已经足额缴纳，没有与《陕西省残疾人就业保障金征收使用管理实施办法》规定情况不符的现象。

如有违反上述承诺，我们愿意承担相应的法律责任。

单 位（章）

法人代表（签字）

日 期： 年 月 日