

淮南市残疾人联合会 淮南市财政局 国家税务总局淮南市税务局

淮残发〔2021〕9号

关于开展2021年淮南市按比例安排 残疾人就业年审与保障金征收工作的通知

市和县区各有关单位：

根据《中华人民共和国残疾人保障法》《残疾人就业条例》《江苏省残疾人保障条例》《关于取消、调整部分政府性基金有关政策的通知》(财税〔2017〕18号)、《关于降低部分政府性基金征收标准的通知》(财税〔2018〕39号)、《关于取消调整部分政府性基金有关政策的通知》(苏财综〔2017〕17号)、《关于进一步完善残疾人就业

保障金制度更好促进残疾人就业的通知》(苏发改收费发〔2020〕438号)、《关于印发江苏省残疾人就业保障金征收使用管理实施办法的通知》(苏财综〔2017〕2号)、《淮安市按比例安排残疾人就业实施办法》等文件精神 and 省残联、省税务部门有关工作要求,现就淮安市2021年按比例安排残疾人就业年审与保障金征收工作的有关事项通知如下:

一、年审对象

淮安市行政区域范围内2020年度已经安置残疾人就业的机关、社会团体、企业事业单位、民办非企业单位等城乡各类组织(以下统称用人单位)均应参加年度残疾人就业情况年审。

二、年审要求

各级残疾人劳动就业服务所(中心)具体负责核定各用人单位上年度实际从业的残疾人数。数据统计口径为2020年1月1日至12月31日。用人单位应于2021年6月30日前将本单位上年度(2020年)的从业残疾人员等情况报送审核认定,逾期不再办理。

(一)年审地点

各级残疾人就业年审服务大厅(市本级在清江浦区北京北路21号,其他县区咨询所在地县区残联)。

(二)年审资料

用人单位办理年审须提供以下材料:

1. 用人单位已安置的从业残疾人员持有的《中华人民共和国伤残军人证》(1-8级)原件及复印件(《中华人民共和国残疾人证》不需要提供原件与复印件)。

2. 2020年1-12月份从业残疾人员参加社会基本保险的有关材料凭证。

3. 2020年度用人单位通过银行发放残疾人每月工资相关原始资料(银行打卡流水或网上流转截图等),加盖单位公章。个别例外的需附说明。

4. 2020年用人单位残疾职工在岗期间月工资发放明细汇总表(加盖单位公章)。

5. 《江苏省按比例安排残疾人就业年审报表》(苏统制〔2020〕14号),一式两份(加盖单位公章)。

6. 其他需要提供的材料(数据报送诚信承诺书、派遣单位和接收单位协议书等)。

(年审资料样表可在市残联网站或市税务网站下载)

三、逾期不参加年审的处理

对规定期限内不申请办理残疾人就业情况审核的单位,逾期不再办理审核,由税务部门按未安置残疾人就业计征残疾人就业保障金(以下简称保障金)。

四、保障金缴纳对象

用人单位安排残疾人就业比例未达到在职职工总数的1.5%,应依法缴纳残疾人就业保障金。

五、保障金缴纳标准

保障金按2020年度用人单位安排残疾人就业未达到1.5%的差额人数和2020年度本单位在职职工年平均工资之积计算缴纳。具体计算公式如下:

本单位2021年应缴残疾人就业保障金=(2020年单位在职职工年平均人数×1.5%-2020年安排从业残疾人员实际在岗月数总和÷12)×2020年单位在职职工年平均工资×征缴比例。

2020年单位在职职工年平均人数=月在职职工平均人数之和÷12;月在职职工平均人数=(月初在职职工人数+月末在职职工人数)÷2。

2020年在职职工年平均工资=2020年在职职工年工资总额÷在职职工年平均人数。

用人单位在职职工年平均工资未超过当地社会平均工资(统计部门公布的城镇私营单位和非私营单位就业人员加权平均工资)2倍(含)的,按用人单位在职职工年平均工资计征残疾人就业保障金;超过当地社会平均工资2倍以上的,按当地社会平均工资2倍计征残疾人就业保障金。用人单位在职职工年平均工资的计算口径,按照国家统计局关于工资总额组成的有关规定执行。

根据《关于进一步完善残疾人就业保障金制度更好促进残疾人就业的通知》(苏发改收费发[2020]438号)文件规定:“自2020年1月1日起至2022年12月31日,对安排残疾人就业比例1%(含)以上但低于1.5%的征缴单位,征收比例不高于50%;1%以下的征收比例不高于90%。同时继续执行《江苏省按比例安排残疾人就业办法》《江苏省残疾人就业保障金征收使用管理办法》和省政府《关于切实减轻企业负担的意见》”。为了充分体现残疾人就业保障金征收的社会效应,鼓励企业安置残疾人就业,进一步优化全市营商环境,降低企业负担,全市实行统一的残疾人就业保

障金征收比例,具体征收标准如下:

淮安市保障金征收比例

地区	在职职工人数	企业分档征收比例	
		安置比例0-1% (不含)	安置比例1-1.5% (不含)
全市	1-500	50.00%	35.00%
	501-1000	40.00%	25.00%
	1001-	25.00%	10.00%

除企业之外的各用人单位按企业分档征收比例中一档比例征收,具体标准如下:

地区	非企业单位征收比例	
	安置比例0-1% (不含)	安置比例1-1.5% (不含)
全市	50.00%	35.00%

六、征缴时间

保障金集中征缴期为6月1日至6月30日。保障金原则上按年申报缴纳,对一次性缴纳保障金资金压力较大或自行提出按季缴纳的用人单位,可实行按季申报缴纳。

七、用人单位减免或者缓缴保障金条件及程序

用人单位遇不可抗力自然灾害或其他突发事件遭受重大直接经济损失,可以申请减免或者缓缴保障金。

需减免保障金的用人单位,应提出书面申请(附经注册会计师验证后的上年度本单位财务决算报表),按规定报请同级财政部门批准后,由主管税务机关办理减免手续。申请减免保障金的

最高限额不得超过1年的保障金应缴额。

对按期缴纳保障金确有困难、需缓缴保障金的缴费单位,由单位向所在地税务机关提出申请,经同级税务机关核实同意后,予以缓缴,申请缓缴保障金的最长期限不得超过6个月,期满后须如数补缴。

批准减免或者缓缴保障金的用人单位名单,应当由各级财政部门 and 税务机关每年公告一次。公告内容应当包括批准机关、批准文号、批准减免或缓缴保障金的主要理由等。

八、就业年审与征收依据

1. 《中华人民共和国残疾人保障法》第三十三条规定:国家实行按比例安排残疾人就业制度。国家机关、社会团体、企业事业单位、民办非企业单位应当按照规定的比例安排残疾人就业,并为其选择适当的工种和岗位。达不到规定比例的,按照国家有关规定履行保障残疾人就业义务。国家鼓励用人单位超过规定比例安排残疾人就业。

2. 《残疾人就业条例》第八条规定:用人单位应当按照一定比例安排残疾人就业,并为其提供适当的工种、岗位。用人单位安排残疾人就业的比例不得低于本单位在职职工总数的1.5%;第九条规定:用人单位安排残疾人就业达不到其所在地省、自治区、直辖市人民政府规定比例的,应当缴纳残疾人就业保障金。

3. 《江苏省残疾人保障条例》第三十五条规定:国家机关、社会团体、企业事业单位、民办非企业单位等城乡各类组织应当根据国家 and 省有关规定,履行扶持和促进残疾人就业的义务,按照

不低于本单位在职总人数的1.5%的比例安排残疾人就业。安排残疾人就业未达到规定比例的,应当缴纳残疾人就业保障金。

4.《淮安市按比例安排残疾人就业实施办法》第十条规定:各单位应当在每年规定的时间内,到同级残疾人劳动就业管理机构办理单位上年度残疾人就业情况的审核认定,办理时需书面报送本单位残疾人情况的相关资料。

5.《关于印发江苏省残疾人就业保障金征收使用管理实施办法的通知》(苏财综[2017]2号)第七条规定:用人单位将残疾人录用为在编人员或依法与就业年龄段内的残疾人签订1年以上(含1年)劳动合同(服务协议),且残疾人实际在岗,支付的工资不低于当地最低工资标准,并足额缴纳社会保险费的,方可计入用人单位所安排的残疾人就业人数。用人单位安排1名持有《中华人民共和国残疾人证》(1至2级)或《中华人民共和国残疾军人证》(1至3级)的人员就业的,按照安排2名残疾人就业计算。

第二十六条规定:用人单位未按规定缴纳保障金的,按照《残疾人就业条例》的规定,由保障金征收机关提交同级财政部门,由财政部门予以警告,责令限期缴纳;逾期仍不缴纳的,除补缴欠缴数额外,还应当自欠缴之日起按日加收5‰的滞纳金。滞纳金按照保障金入库预算级次缴入国库。

6.《关于取消调整部分政府性基金有关政策的通知》(苏财综[2017]17号)规定:将残疾人就业保障金免征范围,由工商注册登记之日起3年内,在职职工总数20人(含)以下小微企业,调整为在职职工总数30人(含)以下的企业。调整免征范围后,工商注册

登记未满3年、在职职工总数30人(含)以下的企业,可在剩余时期内按规定免征残疾人就业保障金。

7.《关于降低部分政府性基金征收标准的通知》(财税〔2018〕39号)规定:自2018年4月1日起,将残疾人就业保障金征收标准上限,由当地社会平均工资的3倍降低至2倍。其中,用人单位在职职工平均工资未超过当地社会平均工资2倍(含)的,按用人单位在职职工年平均工资计征残疾人就业保障金;超过当地社会平均工资2倍的,按当地社会平均工资2倍计征残疾人就业保障金。

8.《财政部关于调整残疾人就业保障金征收政策的公告》(2019年第98号)规定: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,由派遣单位和接受单位通过签订协议的方式协商一致后,将残疾人数计入其中一方的实际安排残疾人就业人数和在职职工人数,不得重复计算。

九、就业年审方式

(一)窗口申报

市级(主城区):市残疾人就业情况集中年审窗口申报地址:清江浦区北京北路21号(市残疾人综合服务中心一楼就业年审服务大厅,市外国语小学南侧)。

联系电话:83991606 83655029 83990809 83663165 12366

其它县区:咨询所在地残联。

(二)网上申报

1. 就业年审网上申报网址:

http://180.97.2.45/Epoint_JSCLOUT

2. 年审资料及样表下载网址:

市残联:<http://cl.huaian.gov.cn>

市残疾人劳动就业服务中心:<http://www.hacjr.com>

市税务局:<http://jiangsu.chinatax.gov.cn/col/col9566/index.html>

附件:1.《江苏省按比例安排残疾人就业年审报表》

2. 2020年用人单位残疾职工在岗期间月工资发放明细
汇总表

3. 年审申报材料真实性承诺书

4. 劳务派遣人数计入对方单位协议书



2021年5月31日

附件 1

江苏省按比例安排残疾人就业年审报表

(年度)

填报单位(印章)

一、单位基本情况

证件号码	单位名称及所在地	表 号:苏政残统101表 制定机关:江苏省残疾人联合会 批准机关:江苏省统计局 批准文号:苏统制[2020]14号 有 效 期:2022年6月	
统一社会信用代码	单位名称		
社保登记证号	法定代表人(负责人)	通 讯 方 式	
纳税人识别号	所属辖区		
其他	单位用人情况	人 事 部 门	财 务 部 门
主管部门 _____	在职职工人数 _____	姓 名 _____	_____
单位性质 _____	(劳务派遣情况)	座 机 _____	_____
注册类型 _____	劳务派遣人数 _____	手 机 _____	_____
		传 真 _____	_____
		邮 政 编 码 _____	_____
		邮 寄 地 址 _____	_____

二、单位安排残疾人就业情况

残疾人员数及其分类(人)																	
类别	听力残疾		视力残疾		肢体残疾		智力残疾		精神残疾		言语残疾		多重残疾		军残		合计
	一至二级	三至四级	一至二级	三至四级	一至二级	三至四级	一至二级	三至四级	一至二级	三至四级	一至二级	三至四级	一至二级	三至四级	一至三级	四至八级	
人数																	

三、单位残疾从业人员花名册(注:若单位安排残疾人数偏多,请自行做表附在表后)

姓名	性别	年龄	残疾人证号或军残证号	身份证号	残疾类别和等级	社会养老保险号	社保缴纳月数	文化程度	劳动合同期限	工种	月薪(元)	联系人	联系电话

四、单位按比例安排残疾人就业意见征询

所需职业或工种	所需人数	性别	年龄	学历	残疾类别和等级	可提供待遇	计划用工渠道	其他

单位负责人:

统计负责人:

填表人:

填表日期:

附件2

2020年用人单位残疾人职工在岗期间 月工资发放明细汇总表

单位名称(盖章):

单位:元

序号	姓名	月份												月均工资
		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

制表人:

制表日期:

附件3

年审申报材料真实性承诺书

依据社会诚信体系建设要求,本单位和个人郑重承诺:在按比例安排残疾人就业年审工作中,我们所提交的材料及其附件内容真实、完整、合法、有效,如有不实之处,我单位和我个人愿意承担纳入“单位和个人诚信黑名单系统”和媒体曝光等方面的负面影响,由此给单位和个人带来信用等级下降或个人征信不过关等其它一切不良后果由我单位和本人自己负责。

特此声明!

承诺单位(加盖公章):

单位法定代表人(签字):

经办人身份证号码:

经办人(签字):

联系电话:

年 月 日

附件4

劳务派遣人数计入对方单位协议书

甲方(使用单位):

乙方(派遣公司):

依据财政部《关于调整残疾人就业保障金征收政策的公告》(2019年第98号)规定: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,由派遣单位和接受单位通过签订协议的方式协商一致后,将残疾人数计入其中一方的实际安排残疾人就业人数和在职职工人数,不得重复计算。经过甲乙双方商定,以劳务派遣方式就业的残疾人在就业年审时计入_____方。具体名单为:(包含姓名、残疾人证号、联系电话)

甲方盖章

乙方盖章

年 月 日