附件1

连云港市区用人单位超比例安排残疾人就业

|  |
| --- |
|   |
| 用人单位名称 | 　 |
| 单位性质 | 　 | 法定代表人(负责人)  | 　 |
| 统一信用代码证 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 单位地址 | 　 | 邮编 | 　 |
| 开户银行 | 　 | 户名 |  |
| 银行账号 |  | 单位在职职工总数 | 人 | 单位残疾人职工数 | 人 |
| 应安置残疾人比例 | 1.5% | 单位应安排残疾人职工数 | 人 | 上年度当地月最低工资标准 | 2070 元 |
| 达到1.5%比例残疾人数 | 人 | 超1.5%比例残疾人数 | 人 | 申请超比例补贴金额 |  元 |
| 申请理由： 用人单位(盖章)法定代表人: 经办人: 年 月 日 |
| 市残疾人就业管理中心审核意见： | 市残联审批意见： |
|  （盖章） |  （盖章） |
|  年 月 日 |  年 月 日 |
| 经办人： |  负责人： | 经办人： |  负责人： |
| 备注 | 　 |
| 注：1、此表一式三份，市残联、市残疾人就业服务机构、用人单位各一份。2、单位应安排残疾人职工数=单位在职职工总数×应安置残疾人比例（**有小数点向上取整数**）3、超比例残疾人数=单位残疾人职工数-单位应安排残疾人职工数4、超比例补贴金额＝该用人单位超额安排残疾人就业人数（实际在岗残疾职工数－在职职工总数×1.5%）×当地月最低工资标准×4 |

补贴申请审批表

附件2

连云港市市区用人单位在岗残疾人职工花名册

用人单位（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 年龄 | 身份证号 | 户籍所在地 | 联系电话 | 劳动合同期限（年月—年月） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

用人单位填表人： 电话： 残疾人就业服务机构审核人： 电话： 年 月

附件3

用人单位申请超比例安排残疾人就业补贴

承诺书

根据《关于申报2023年超比例安排残疾人就业补贴的通知》的要求，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，所提供的材料和2023年度按比例安排残疾人就业年审是一致的，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，没有与上述情况不符的现象。所享受的超比例安排残疾人就业补贴经费将用于残疾职工的工资补贴、福利、社会保险补贴、劳动保护和无障碍环境改造等。

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

附件4

连云港市市区超比例安排残疾人就业补贴汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 用人单位名称 | 统一社会信用代码 | 法定代表人（负责人） | 联系电话 | 超比例安置残疾职工数 | 补贴金额（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |

经办人签字： 就管中心负责人签字： 分管领导签字：