|  |  |
| --- | --- |
| 重庆市残疾人联合会 | 文件 |
| 重庆市财政局 |
| 重庆市人力资源和社会保障局 |

渝残联发〔2022〕27号

重庆市残疾人联合会

重庆市财政局

重庆市人力资源和社会保障局

关于印发重庆市盲人按摩人员就业扶持办法（2021—2025年）的通知

各区县（自治县）残联、财政局、人力社保局，两江新区、重庆高新区残联办事处、财政局、社会保障局，万盛经开区残联、财政局、人力社保局：

《重庆市盲人按摩人员就业扶持办法（2021—2025年）》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

重庆市残疾人联合会 重庆市财政局

 重庆市人力资源和社会保障局

 2022年3月10日

重庆市盲人按摩人员就业扶持办法

（2021—2025年）

### 为进一步稳定盲人按摩人员就业，根据《重庆市残疾人保障条例》《重庆市“十四五”残疾人保障和发展规划》以及《市委、市政府关于实现巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接的实施意见》等文件中关于对视力残疾人就业帮扶的相关规定，结合实际，制定本办法。

一、扶持对象

具有本市户籍，在法定就业年龄段内，持有有效的《中华人民共和国残疾人证》，取得《（保健按摩师）职业资格证书》、《盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书》、保健按摩相关专业中专及以上学历证书、盲人保健按摩结业证书等任一种证书，从事盲人按摩工作的视力残疾人（以下简称“盲人按摩人员”）。

二、扶持条件

盲人按摩人员同时具备以下条件，按照本办法给予扶持：

（一）在本市合法的按摩机构（以下简称“机构”）从事盲人按摩工作1年（含1年）以上。

（二）缴纳社会保险。

（三）遵守国家法律法规，遵循国家和本市关于盲人按摩行业管理的有关规定。

三、扶持标准及资金使用范围

对符合扶持条件的盲人按摩人员，给予就业扶持，扶持标准按当年以个人身份参加企业职工基本养老保险最低标准的60%计算。扶持资金主要用于盲人按摩人员就业帮扶的相关支出。

四、工作流程

（一）申请

符合扶持条件的盲人按摩人员，应于每年3月1日至4月30日，向户籍所在区县（自治县）残联提出上年度1月1日—12月31日期间扶持的书面申请。申请材料包括：

1. 《重庆市盲人按摩人员就业扶持资金申请表》（附件1）；

2. 《就业证明个人承诺书》（附件2）；

3. 与申报时间相符的社保缴费明细；

4. 合法按摩机构提供的盲人按摩人员工资证明。

（二）审核

盲人按摩人员户籍所在区县（自治县）残联于每年5月1日—6月30日对申报材料进行初审，7月1日—8月30日进行核实和材料复审，并将符合扶持条件的盲人按摩人员基本信息进行5个工作日公示；公示无异议的，在《重庆市盲人按摩人员就业扶持资金申请表》上签字盖章确认。

（三）资金发放

扶持资金由盲人按摩人员户籍所在区县（自治县）残联通过银行发放至盲人按摩人员个人账户，9月30日前一次性发放完成。

五、管理和监督

（一）盲人按摩人员就业扶持工作，由盲人按摩人员户籍所在区县（自治县）残联负责组织实施。各区县要根据本办法，制定具体工作方案，细化措施，落实责任，加强监督管理。

（二）各区县（自治县）残联于每年10月31日前，将《重庆市盲人按摩人员就业扶持汇总表》（附件3）报市残疾人劳动就业服务指导中心。

（三）各区县（自治县）残联要建立和完善扶持资金发放档案和台账，加强资金使用管理，并自觉接受财政、审计部门的检查监督。对工作中营私舞弊、滥用职权的，按有关规定严肃处理。对审核不严、违规操作的，按有关规定追究责任。

（四）盲人按摩人员要如实申报有关材料，不得弄虚作假骗取扶持资金。对违反规定的，一经查实，将取消扶持资格，追回已拨付资金，并列入黑名单，3年内不得申请扶持。

（五）市残疾人劳动就业服务指导中心负责对全市盲人按摩人员就业扶持工作进行指导和监督。

六、其他

（一）本办法由重庆市残疾人联合会负责解释。

（二）各区县（自治县）残联、财政、人力社保部门要密切配合，及时沟通情况，共同研究解决问题，确保盲人按摩人员就业扶持工作有序开展。

（三）对申请办理有困难的盲人按摩人员，各区县（自治县）残联应提供必要的便利和帮助。

（四）本办法自发文之日起执行。符合《重庆市安置盲人按摩师就业扶持办法（2017—2020年）》（渝残联发〔2017〕71号）扶持条件的机构未兑现的扶持资金，各区县（自治县）残联应于2022年12月31日前全部发放到位。

附件：1. 重庆市盲人按摩人员就业扶持资金申请表

2. 就业证明个人承诺书

3. 重庆市盲人按摩人员就业扶持汇总表

附件1

重庆市盲人按摩人员就业扶持资金申请表

（ ）年度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 联系电话 |  |
| 残疾人证号 |   |
| 常住地址 |  |
| 开户银行 |  | 银行卡号 |  |
| 本人已知晓：1. 申请重庆市盲人按摩人员就业扶持资金，应配合当地区县（自治县）残联完成调查核实工作。
2. 申请重庆市盲人按摩人员就业扶持资金，需在规定时限内提出申请，逾期未申请视为自动放弃。

请阅读以上内容并签字：本人承诺所提供的资料真实、合法、有效。如有隐瞒或虚构造假，愿意承担一切法律和经济责任。本人签名（手印）年 月 日 |
| 审核情况： 区县（自治县）残联（公章） 审核人： 年 月 日 |
| 备注 |  |

附件2

就业证明个人承诺书

 姓名　 （残疾人证号： ）从

 年\_\_\_\_月至　 年　 月在　 （按摩机构名称）从事按摩工作，本人承诺如实申报，对本证明的真实性负责。如违反规定，自愿取消扶持资格，并退回已领取资金，且3年内不再申请扶持。

 承诺人签字（手印）：

 联系电话：

 年 月 日

附件3

重庆市盲人按摩人员就业扶持汇总表

 区县（自治县）残联（盖章） 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 残疾人证号 | 社会保障号 | 家庭住址 | 联系电话（手机） | 就业扶持资金（元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 扶持总人数合计（人）： | 扶持资金资金合计（万元）： |

 经办人： 负责人： 联系电话：

注：此表一式两份，市残疾人劳动就业服务指导中心、区县（自治县）残联各执1份，各区县（自治县）残联每年10月31日前，将本表报市残疾人劳动就业服务指导中心盲人按摩管理科。