山东省“共享阳光·残疾人就业创业工程”实施方案（2024–2026年）

为深入贯彻落实《山东省残疾人事业发展“十四五”规划》《山东省促进残疾人就业三年行动实施方案（2022-2024年）》，促进残疾人更加充分、更高质量就业创业，结合我省实际，制定本实施方案。

一、目标任务

依托市场主体功能，发挥安置残疾人就业企业、残疾人辅助性就业机构、农村专业合作社、产业基地、新经济组织和新社会组织及残疾人致富带头人作用，帮助有劳动能力的残疾人实现就业创业和稳定增收。组织有就业意愿和一定劳动能力的残疾人参加职业技能和农村实用技术培训，推动我省残疾人就业工作高质量发展。

二、实施范围

支持开展残疾人职业技能和农村实用技术培训；对国家及省级残疾人职业培训基地、省级残疾人就业基地、省级残疾人辅助性就业机构、省级“文创工坊”、省级“美丽工坊”、盲人按摩新开办机构、“齐鲁手创”品牌店和省级自主创业标兵进行补助。

三、项目认定

（一）开展残疾人职业技能和农村实用技术培训

1.主要内容。是指各地为提升残疾人就业竞争力，促进就业增收，根据当地产业特色和市场用工需求，结合残疾人实际情况，按照实际、实用、实效的原则，由各市或县（市、区）残联组织开展的残疾人就业技能、岗位技能提升、创业创新、农村实用技术和专项技能等各类培训。

2.补助条件

（1）接受培训的残疾人具有山东省户籍，在就业年龄段内，持有《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），有就业愿望和一定劳动能力。

（2）经过培训的残疾人能掌握一门以上职业技能或实用技术。

（3）对参加培训的残疾人实行实名制管理。

（二）国家及省级残疾人职业培训基地

1.主要内容。在山东省内注册，能够吸纳残疾人参加并能规模化组织开展职业技能和农村实用技术培训，具有一定影响和示范作用的中高等院校、特教机构、实训企业、社会培训机构及残联所属的法人机构。

2.补助条件。国家级残疾人职业培训基地需符合《国家级残疾人职业培训基地培训服务规范与培训服务评估指标体系》，并经中国残联评估认定的机构。省级残疾人职业培训基地需符合《山东省省级残疾人职业培训基地建设与评估办法》相关要求，并经省残联评估认定的机构。

（三）省级残疾人就业基地

1.主要内容。指在山东省内依法注册的各类企业、新经济组织、新社会组织和农村集体经济组织，积极吸纳残疾人就业和辐射带动残疾人就业比较集中的用人单位。

2.补助条件

（1）依法经营，管理规范，守信重诺；法定代表人或负责人有爱心和责任心，有为残疾人就业增收做贡献的意愿。

（2）能够为残疾人就业提供必要的劳动、安全、生活保障。

（3）积极履行合同或协议约定的义务和责任，确保残疾人合法权益得到保障。

（4）安置或辐射带动的残疾人具有山东省户籍，在就业年龄段内，持有《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），有就业愿望和一定劳动能力。

（5）正常连续运营1年以上。

（6）安置残疾人就业不低于本单位在职职工总数1.5%的比例，且安置残疾人就业在30人以上（含30人）的残疾人就业基地；其中，安置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）人员就业的，按照安排2名残疾人就业计算。

（7）与残疾人签订1年以上劳动合同，依法为其缴纳社会保险不少于1年。

（8）残疾人月工资收入不低于当地月最低工资标准。

（四）省级残疾人辅助性就业机构

1.主要内容。指组织智力、精神和重度肢体残疾人就业，并与残疾人或其监护人签订劳动协议或劳动合同的机构；须满足《中国残联办公厅关于进一步落实残疾人辅助性就业机构扶持政策的通知》（残联发〔2017〕35号）规定的基本条件，且符合《关于推进残疾人辅助性就业的实施意见》（鲁残联发〔2019〕35号）规范化建设的有关要求。

2.补助条件

（1）依法经营，管理规范，守信重诺，能够为残疾人辅助性就业提供必要的劳动、安全、生活保障。

（2）安置或辐射带动的残疾人具有山东省户籍，在就业年龄段内，持有《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），有就业愿望和一定劳动能力。

（3）吸纳智力、精神和重度肢体残疾人就业人数不少于10人（含10人）并与残疾人或其监护人签订不少于6个月劳动协议或劳动合同，其中签订劳动合同的残疾人职工不超过机构总职工人数25%。

（4）连续为辅助性就业残疾人职工发放6个月报酬，或累计发放报酬不少于9个月；有相对稳定的劳动生产项目，有固定的劳动生产场所，人均面积不小于5平方米。

（5）管服人员与残疾人职工比例不低于1:10；吸纳精神残疾人就业的，需安排有专（兼）职精神科或相关业务能力的医生

进行指导管理。

（6）按月通过银行等金融机构向吸纳的辅助性就业残疾人支付不低于当地最低工资标准1／4的劳动报酬。

（7）机构内部管理制度完善，并为辅助性就业残疾人购买人身意外伤害保险。

（8）正常连续运营1年以上。

（五）省级“文创工坊”

1.主要内容。指在山东省内依法注册登记并合法运营1年以上的各类企业、社会组织和个体工商户等单位。

2.补助条件

（1）所安置残疾人具有山东省户籍（或居住证），在就业年龄段内，持有《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）；

（2）经营范围应包括被列入国家级或省级非物质文化遗产名录的项目或与文化创意产业相关的项目，如广播影视、动漫、音像、传媒、视觉艺术、表演艺术、工艺与设计、雕塑、环境艺术、广告装潢、服装设计、软件和计算机服务等。

（3）建立相关档案，包括营业执照复印件、就业残疾人登记表及残疾人证复印件、支付工资报酬与缴纳社会保险的佐证材料等。

（4）残疾人集中安置或按比例就业的，单位应与其签订劳动合同，依法缴纳社会保险，月工资不低于当地最低工资标准；

残疾人灵活就业的，单位应与其签订灵活就业协议，按项目或任务支付报酬，人均每月报酬不低于当地最低工资标准的1/3，并提供佐证材料（如银行卡、微信、支付宝转账记录等）。

（5）省级“文创工坊”应具备以上条件，且满足以下条件之一：

①残疾人集中安置或按比例就业不少于6人。每安置1名重度（1至2级）残疾人或单位法人（主要负责人）为残疾人的，按安置2名残疾人计算。

②安排残疾人灵活就业不少于10人。

③“按比例+灵活”就业残疾人数不少于8人。其中，按比例就业安置不少于3人。

（六）省级“美丽工坊”

1.主要内容。指在山东省内注册登记并合法运营1年以上，吸纳残疾妇女就业创业的各类企业、社会组织和个体工商户等单位。

2.补助条件

（1）依法经营，诚实守信，自觉遵守国家有关法律法规和社会公德。

（2）所安置残疾人具有山东省户籍（或居住证），在就业年龄段内，持有《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）。

（3）经营范围包括适合残疾妇女参与的纺织、插花、饰品

制作、刺绣及面食加工等项目。

（4）集中安置或按比例就业不少于10名残疾妇女，每安置1名重度（1至2级）残疾人按安置2名残疾人计算。

（5）申报单位应与所安置残疾妇女签订劳动合同，缴纳社会保险不少于6个月，并按月支付不低于当地最低工资标准的报酬。

（七）盲人按摩新开办机构

1.主要内容。指由视力残疾人开办的保健按摩或医疗按摩机构，须持有“企业法人营业执照”或“个体工商户营业执照”或《医疗机构执业许可证》，在本省行政区划内开办，有固定、规范的按摩场所；机构按摩师需经专业学习、培训，取得保健按摩或医疗按摩相关资格证书。

2.补助条件

（1）开办人具有山东省户籍，持有《中华人民共和国残疾人证》，且具备完全民事行为能力。

（2）至少吸纳1名本省户籍视力残疾人就业（含开办人）。

（3）有两张以上（含两张）按摩床和必要的消毒设备及相应的用品用具。

（4）正常连续运营1年以上。

（八）“齐鲁手创”品牌店

1.主要内容。指自愿加入“齐鲁手创”品牌建设活动，服从品牌建设相关要求，积极配合完成品牌建设工作，并吸纳一定数

量视力残疾人就业的按摩机构。

2.补助条件

（1）“齐鲁手创”品牌店须符合《关于印发〈加快推进盲人按摩规范化建设的实施方案〉的通知》（鲁残联办函〔2022〕29号）相关要求（含盲人医疗按摩机构）。

（2）开办人具有山东省户籍或取得我省居住证，并在当地连续缴纳社保三年以上的外省人员。

（3）正常连续运营3年以上（含3年）。

（九）省级残疾人自主创业标兵

1.主要内容。指通过自身努力创办各类经济实体，实现个人创收致富，并辐射带动其他残疾人就业增收的优秀残疾人。

2.补助条件

（1）依法经营，诚实守信，自觉遵守国家有关法律法规和社会公德。

（2）具有山东省户籍，在就业年龄段内，持有《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）。

（3）无违法违规和不良信用记录。

（4）按照国家和地方有关规定进行注册、登记，并办理相关合法手续。

（5）正常连续运营1年以上。

四、资金保障

省级通过残疾人康复和就业资金对“共享阳光·残疾人就业

创业工程”给予补助，补助资金按照因素法与项目法相结合的方式分配到各地，由各地统筹用于残疾人就业能力提升、场地无障碍设施改造、就业劳动保障及运营条件改善等。符合多个项目补助条件的，同一年度不得重复申领省级项目补助资金，同一补助项目三年内不得重复申领，同等条件下优先考虑从未获得补助资金的机构或个人。

五、组织实施

（一）开展残疾人职业技能和农村实用技术培训

县（市、区）残联应于每年5月30日前编报下年度本辖区残疾人技能（术）培训计划，报设区市残联汇总。设区市残联应于每年7月20日前报省残联备案。省残联根据各地培训需求和残疾人就业工作开展情况，于次年下达培训补助资金。

各地人社部门应结合不同类别残疾人特点和需要，为就业年龄段未就业残疾人提供职业技能培训服务，对认定为就业困难人员的残疾人，按照《就业补助资金管理办法》有关规定给予职业培训补贴。

（二）国家及省级残疾人职业培训基地

1.申报。符合补助条件的单位须提出书面申请，填报《国家及省级残疾人职业培训基地补助资金审批表》（附件1），同时提报单位运营总体情况报告（报告应包括：项目基本情况、实施内容及成效等内容），申报单位应于每年3月30日前将申报材料报送至县（市、区）残联。

2.审核。各县（市、区）残联应于每年4月20日前完成申报事项审核工作，确定拟补助名单。

3.上报。各县（市、区）残联应于每年4月30日前将申报表报送至设区市残联，各设区市残联根据县（市、区）残联报送的拟补助机构名单，经复核后择优确定，并于每年6月10日前将《国家及省级残疾人职业培训基地补助资金审批表》（附件1）、《国家及省级残疾人职业培训基地年度培训花名册》（附件2）报省残联备案。

（三）省级残疾人就业基地

1.申报。符合补助条件的单位须提出书面申请，填报《省级残疾人就业基地补助资金审批表》（附件3），同时提报单位运营总体情况报告（报告应包括：项目基本情况、实施内容及成效等内容），申报单位应于每年3月30日前将申报材料报送至县（市、区）残联。

2.审核。各县（市、区）残联应于每年4月20日前完成申报事项审核工作，确定拟补助名单。

3.上报。各县（市、区）残联应于每年4月30日前将申报表报送至设区市残联，各设区市残联根据县（市、区）残联报送的拟补助基地名单，经复核后择优确定补助基地，并于每年6月10日前将《省级残疾人就业基地补助资金审批表》（附件3）、《省级残疾人就业基地残疾人花名册》（附件4）报省残联备案。

（四）省级残疾人辅助性就业机构

1. 申报。残疾人辅助性就业机构应于每年 3 月 30 日前，向乡（镇）、街道残联或业务主管单位填报《省级残疾人辅助性就业机构补助资金审批表》（附件 5）和材料，经乡（镇）、街道残联或业务主管单位同意，报县（市、区）残联。

2. 审核。各县（市、区）残联应于每年 4 月 20 日前完成申报事项审核工作，确定拟补助名单。

3. 上报。各县（市、区）残联应于每年 4 月 30 日前将申报表报送至设区市残联，各市残联根据县（市、区）残联报送的拟补助机构名单，经复核后择优确定补助机构，并于每年 6 月 10 日前将《省级残疾人辅助性就业机构补助资金审批表》（附件 5）、《省级辅助性就业机构、省级“文创工坊”、“美丽工坊”就业残疾人花名册》（附件 8）报省残联备案。

（五）省级“文创工坊”

1. 申报。省级“文创工坊”由各市根据省残联确定的年度计划指标于每年 7 月 31 日前向省残联统一申报，并提供以下材料：填报《省级“文创工坊”创建补助资金审批表》（附件 6），并提供申报单位情况简介（基本情况、运营情况、安置残疾人及其收入情况等）；填报《省级辅助性就业机构、省级“文创工坊”、“美丽工坊”就业残疾人花名册》（附件 8）。

2. 审核。设区市残联研究确定拟补助机构。

3. 上报。设区市残联于每年 8 月 31 日前，通过山东省残疾人文创系统向省残联备案。

（六）省级“美丽工坊”

1.申报。省级“美丽工坊”由各市根据省残联确定的年度计划指标于每年7月31日前向省残联统一申报，并提供以下材料：填报《省级“美丽工坊”创建补助资金审批表》（附件7），并提供申报单位情况简介（基本情况、运营情况、安置残疾人及其收入情况等）；填报《省级残疾人辅助性就业机构、省级“文创工坊”和省级“美丽工坊”就业残疾人花名册》（附件8）。

2.审核。设区市残联研究确定拟补助机构。

3.上报。设区市残联于每年8月31日前，将相关材料向省残联备案。

（七）盲人按摩新开办机构和“齐鲁手创”品牌店

1.申报。县（市、区）残联应于每年7月31日前向设区市残联提交拟补助盲人按摩新开办机构和“齐鲁手创”盲人按摩品牌店名单，并提供以下材料：《盲人按摩新开办机构补助资金审批表》（附件9）、《“齐鲁手创”品牌店补助资金审批表》（附件10）、《安置盲人按摩师花名册》（附件11）。

2.审核。设区市残联于每年8月20日前完成申报事项审核工作，确定拟补助名单。

3.上报。设区市残联于每年8月31日前，将补助机构信息通过山东省残疾人工作平台“盲人按摩管理系统”模块向省残联备案。

（八）省级残疾人自主创业标兵

1.申报。符合补助条件的残疾人个人须提出书面申请，填报《省级残疾人自主创业标兵补助资金审批表》（附件12），同时提报个人创办实体的运营总体情况报告（内容包括：项目基本情况、实施内容及成效等内容），申报人应于每年3月30日前将申报材料报送至县（市、区）残联。

2.审核。县（市、区）残联应于每年4月20日前完成申报事项审核工作，确定拟补助名单。

3.上报。设区市残联于每年6月10日前，将相关材料向省残联备案。

省残联将根据各地备案省级项目数量情况和上年度各地执行省级项目绩效情况，综合确定各地年度省级项目任务数，并于次年下达省级项目补助资金。各地应于次年将省级项目执行完成情况录入“山东省残疾人统一认证平台”就业创业和残疾人文创信息化管理模块。

六、项目监督和绩效管理

各级残联要按照有关规定和要求指导被补助单位（机构）、个人建立相关档案（内容应当包含：安置或帮扶残疾人花名册、劳动或劳务协议、支付工资、福利发放和缴纳社会保险资料、补助情况记录、残疾人证复印件、收入状况等台账资料），向被补助单位颁发上年度“山东省省级残疾人就业基地”或“山东省省级残疾人辅助性就业机构”标识牌，将有关项目资料录入山东省残疾人工作平台，并按照档案管理相关规定保存。

各级残联要加强对项目实施单位的指导和监督，加强对本行政区域内项目资金使用的监管，负责组织项目的阶段性检查，发现问题及时纠正，并向上级残联报告。项目执行结束后，各市、县（市、区）残联应对资金落实及使用情况进行检查评估。省残联根据工作开展情况，适时委托第三方机构，对补助资金使用管理、项目完成和实施效果等情况开展绩效评价工作，评价结果在一定范围内公开。

各级残联要严格按照规定用途使用资金。省残联负责设定资金整体绩效目标，报省财政审核后，随预算同步批复下达。市县级财政、残联部门按照本区域绩效目标组织预算执行，做好绩效监控和绩效评价工作，加强绩效结果应用，切实提高资金使用效益，自觉接受财政、审计、纪检监察等主管部门的检查和监督。国家及省级残疾人职业培训基地、省级残疾人就业基地、省级残疾人辅助性就业机构、省级“文创工坊”、省级“美丽工坊”、盲人按摩新开办机构和“齐鲁手创”品牌店、省级残疾人自主创业标兵申报材料如弄虚作假、与实际情况严重不符，蓄意套取财政补助资金的，由省残联会同有关部门根据调查情况制定处理意见。

附件：1. 国家及省级残疾人职业培训基地补助资金审批表

2. 国家及省级残疾人职业培训基地年度培训花名册

3. 省级残疾人就业基地补助资金审批表

4.省级残疾人就业基地残疾人花名册

5.省级残疾人辅助性就业机构补助资金审批表

6.省级“文创工坊”创建补助资金审批表

7.省级“美丽工坊”创建补助资金审批表

8.省级残疾人辅助性就业机构、省级“文创工坊”和省级“美丽工坊”就业残疾人花名册

9.盲人按摩新开办机构补助资金审批表

10.“齐鲁手创”品牌店补助资金审批表

11.安置盲人按摩师花名册

12.省级残疾人自主创业标兵补助资金审批表

附件 1

国家及省级残疾人职业培训基地补助资金审批表

<table>
<tr><td colspan="2">基地名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">基地地址</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">基地类别</td><td colspan="2">□国家级 □省级</td><td>成立（注册）日期</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">统一社会信用代码证号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>法人
姓名</td><td></td><td>法人身
份证号</td><td></td><td>职务</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">基地联系人</td><td></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">主要培训项目（3 项以内）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="6">工作概要（可加页）：</td></tr>
<tr><td colspan="2">县（市、区）
残联意见</td><td colspan="4">（公章）
年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">市级残联意见</td><td colspan="4">（公章）
年　月　日</td></tr>
</table>

附件 2

国家及省级残疾人职业培训基地年度培训花名册

基地名称_____（□国家级 □省级）：　　填报单位：_____（盖章）

序号	姓 名	性别	残疾类别	残疾等级	残疾人证号	培训后取得证书	培训后就业	联系电话
						□	□	
						□	□	
						□	□	
						□	□	
						□	□	
						□	□	
						□	□	
						□	□	

填表人：　　联系电话：　　填报时间：

附件 3

省级残疾人就业基地补助资金审批表

<table>
<tr><td colspan="2">基地名称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">基地地址</td><td colspan="3"></td><td>运营时间</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">基地类型</td><td></td><td colspan="2">经营项目</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="7">法人代表或负责人</td></tr>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>单位</td><td colspan="2"></td><td>职务</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">联系人</td><td colspan="2"></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="7">事迹概要（可加页）：</td></tr>
</table>

乡（镇、街道）残联意见	（公章） 年　月　日
县（市、区）残联意见	（公章） 年　月　日
市级残联意见	（公章） 年　月　日

附件 4

省级残疾人就业基地残疾人花名册

填报单位: _____（盖章）

序号	姓名	性别	残疾类别	残疾证号	就业单位	联系电话	备注

填表人:　　联系电话:　　填报时间:

附件 5

省级残疾人辅助性就业机构
补助资金审批表

<table>
<tr><td>机构名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>机构地址</td><td colspan="2"></td><td>运营时间</td><td></td></tr>
<tr><td>主要吸纳残疾人职工类别</td><td></td><td>生产项目</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>兴办单位</td><td></td><td>法人代表或负责人</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>联系人</td><td></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="5">机构概要（可加页）：</td></tr>
</table>

乡（镇、街道）残联意见	（公章） 年　月　日
县（市、区）残联意见	（公章） 年　月　日
市级残联意见	（公章） 年　月　日

附件 6

省级“文创工坊”创建补助资金审批表

<table>
<tr><td>单位（机构）名称</td><td colspan="2"></td><td>地址</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>负责人</td><td></td><td>职务</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>是否残疾</td><td></td><td>残疾类别</td><td></td><td>残疾人证号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">主要文创项目</td><td colspan="2" rowspan="3"></td><td rowspan="3">就业残疾人数量（人）</td><td>安置就业</td><td></td></tr>
<tr><td>灵活就业</td><td></td></tr>
<tr><td>合计</td><td></td></tr>
<tr><td>申报单位简介
（500—1000 字）</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

县（市、区）残联意见	（公章） 年　月　日
市级残联意见	（公章） 年　月　日

附件 7

省级“美丽工坊”创建补助资金审批表

<table>
<tr><td>单位（机构）名称</td><td colspan="2"></td><td>地址</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>负责人</td><td></td><td>职务</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>是否残疾</td><td></td><td>残疾类别</td><td></td><td>残疾人证号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">项目介绍</td><td colspan="2" rowspan="3"></td><td rowspan="3">就业
残疾人
数量
（人）</td><td>安置就业</td><td></td></tr>
<tr><td>灵活就业</td><td></td></tr>
<tr><td>合计</td><td></td></tr>
<tr><td>申报单位简介
（500—1000 字）</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

县（市、区）残联意见	（公章） 年　月　日
市级残联意见	（公章） 年　月　日

附件 8

省级残疾人辅助性就业机构、省级“文创工坊”和省级“美丽工坊”就业残疾人花名册

单位名称：_____

序号	姓　名	性别	残疾类别	残疾等级	残疾人证号	联系电话

附件 9

盲人按摩新开办机构补助资金审批表

<table>
<tr><td>补助类别</td><td colspan="5">□保健按摩机构　　□医疗按摩机构</td></tr>
<tr><td>机构名称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>机构地址</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>法定代表人
（负责人）</td><td></td><td colspan="2">联系方式（手机）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>残疾人证号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>营业执照注册号
(统一社会信用代码)</td><td></td><td>登记机关</td><td></td><td>注册时间</td><td></td></tr>
<tr><td>医疗按摩机构
登记号</td><td></td><td>登记机关</td><td></td><td>有效期限</td><td></td></tr>
<tr><td>按摩师(人)</td><td></td><td colspan="2">盲人按摩师(人)</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="6">申领原因（主要用途）

负责人、经营者（签字、手印）：
年　月　日</td></tr>
<tr><td>区县残联
申报意见</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>市残联审
核意见</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

备注：1. 此表原件由设区市残联备档留存。

2. 根据补助类别填写营业执照注册号（统一社会信用代码）或医疗按摩机构登记号；保健和医疗机构性质两者兼具的，须同时填写。

3. 安置盲人按摩师情况请填写附件 11，机构法定代表人为盲人按摩师的请一并录入。

附件 10

“齐鲁手创”品牌店补助资金审批表

<table>
<tr><td>机构名称</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>机构地址</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>机构性质</td><td colspan="2">☐保健按摩机构
☐医疗按摩机构　☐医保定点</td><td colspan="2">机构统一编码</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>法定代表人
（负责人）</td><td></td><td>是否残疾</td><td colspan="4">☐视力　☐其他残疾类别_____
☐否</td></tr>
<tr><td>残疾人证号
（身份证）</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">联系方式（手机）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>营业执照注册号
(统一社会信用代码)</td><td></td><td>登记机关</td><td></td><td>注册时间</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>医疗按摩机构
登记号</td><td></td><td>登记机关</td><td></td><td>有效期限</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>服务人员数量</td><td></td><td>按摩师(人)</td><td></td><td>盲人按摩师(人)</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">盲人保健按摩师
职业等级</td><td>初级:　人</td><td rowspan="6">盲人医疗按摩
师职称级别</td><td rowspan="2">初级</td><td colspan="3">医疗按摩士:　人</td></tr>
<tr><td>中级:　人</td><td colspan="3">医疗按摩师:　人</td></tr>
<tr><td>高级:　人</td><td>中级</td><td colspan="3">主治医疗按摩师:　人</td></tr>
<tr><td>技师:　人</td><td rowspan="2">高级</td><td colspan="3">副主任医疗按摩师:　人</td></tr>
<tr><td>高级技师:　人</td><td colspan="3">主任医疗按摩师:　人</td></tr>
<tr><td>无等级:　人</td><td colspan="4">无职称:　人</td></tr>
<tr><td>经营范围</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>经营场所来源</td><td colspan="2">☐自有 ☐租赁</td><td colspan="2">经营场所面积(㎡)</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>按摩床位（张）</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">足疗位（个）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>管理制度</td><td>☐有　☐无</td><td>岗位制度</td><td>☐有　☐无</td><td>卫生制度</td><td colspan="2">☐有　☐无</td></tr>
<tr><td colspan="2">消毒设备</td><td>☐有　☐无</td><td colspan="2">消防设施</td><td colspan="2">☐有　☐无</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">申领原因（主要用途）

负责人、经营者（签字、手印）：
年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">个人承诺：
本人自愿加入全省“齐鲁手创”品牌店建设活动，服从建设活动要求，遵纪守法，合法经营，经营中出现任何问题与“齐鲁手创”品牌店建设活动无关。

负责人、经营者（签字、手印）：
年　月　日</td></tr>
<tr><td>区县残联申报意见</td><td>（盖　章）
年　月　日</td></tr>
<tr><td>市残联审核意见</td><td>（盖　章）
年　月　日</td></tr>
</table>

备注：1. 此表原件由设区市残联备档留存。
2. 根据机构性质填写营业执照注册号（统一社会信用代码）或医疗按摩机构登记号；保健和医疗机构性质两者兼具的，须同时填写。
3. 机构性质以设区市残联确定的机构统一编码为标准。
4. 残疾人证号（身份证）：机构法定代表人（负责人）为残疾人，请填写残疾人证号，健全人请填写身份证号。
5. 经营范围填写营业执照或执业许可证内容，两者兼具的，须同时填写。
6. 安置盲人按摩师情况请填写附件 11，机构法定代表人为盲人按摩师的请一并填写。

附件 11

安置盲人按摩师花名册

机构名称:

序号	姓名	残疾人证号	残疾等级	户籍所在地	入职时间	是否负责人	有无从医资格证	是否通过盲考	保健按摩师等级	医疗职称等级	劳动合同情况		社保情况	
											是否签订	起止时间	是否缴纳	缴纳种类

备注: 1.入职时间为进入本机构从业时间。

2.未签订劳动合同、未缴纳社会保险的，请填写“无”。

附件 12

省级残疾人自主创业标兵补助资金审批表

<table>
<tr><td>姓　名</td><td></td><td>性　别</td><td></td></tr>
<tr><td>出生年月</td><td></td><td>民　族</td><td></td></tr>
<tr><td>残疾人证号</td><td></td><td>残疾类别、等级</td><td></td></tr>
<tr><td>项目名称</td><td></td><td>经营项目</td><td></td></tr>
<tr><td>创办（注册）时间</td><td></td><td>安置残疾人数量</td><td></td></tr>
<tr><td>统一社会信用代码</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>家庭住址</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">运营情况</td><td colspan="2">正常运营 1 年以上（含 1 年），经营项目具有较好的发展潜力并能带动残疾人就业增收。</td><td>□是　□否</td></tr>
<tr><td colspan="2">自从事本项目以来，本人及企业无违法违规行为和不良信用记录。</td><td>□是　□否</td></tr>
<tr><td colspan="4">简要事迹（可加页）：</td></tr>
<tr><td>乡（镇、街道）残联意见</td><td>（盖章）
年　月　日</td><td>县（市、区）残联意见</td><td>（盖章）
年　月　日</td></tr>
</table>

（信息公开形式：依申请公开）

山东省残疾人联合会办公室　　2024年7月9日印发