**武汉市残疾人联合会**

**文 件**

**武 汉 市 财 政 局**

**武残联【2016】15号**

**武汉市残疾人联合会 武汉市财政局关于进一步做好残疾人创业扶持工作的**

**通 知**

各区残联、财政局，东湖新技术开发区、武汉经济技术开发区、东湖生态旅游风景区、武汉化学工业区残疾人工作部门、财政部门：

根据《湖北省残疾人就业规定》、《武汉市实施〈中华人民共和国残疾人保障法〉办法》等规定，为贯彻落实《市人民政府关于进一步做好新形势下全市就业创业工作的意见》（武政规[2015]15号）文件精神，加大残疾人创业政策扶持力度，推动我市残疾人创业工作向新的深度和广度发展，现将进一步做好残疾人创业扶持工作的有关事项通知如下：

一、扶持对象和条件

具有武汉市户籍、持有武汉市残联颁发的第二代《中华人民共和国残疾人证》、在法定的就业年龄段的残疾人，在我市领取工商营业执照且正常经营6个月（含）以上，可申请一次性残疾人创业扶持资金。

二、扶持标准及资金来源

一次性残疾人创业扶持资金标准为4000元，一个残疾人创业者只能享受一次残疾人创业扶持资金。残疾人创业扶持资金所需资金由市区残疾人就业保障金列支。中心城区由市区残疾人就业服务机构按4：6的比例配套发放，新城区由市区残疾人就业服务机构按6：4的比例配套发放。

三、申请材料

1、《武汉市一次性残疾人创业扶持资金申请表》（见附件1）；

2、申请人持有的由武汉市残联颁发的第二代《中华人民共和国残疾人证》原件及复印件；

3、户口本原件及复印件；

4、工商营业执照、税务登记证原件及复印件（或一照一码营业执照原件及复印件）以及正常经营6个月（含）以上的营业流水。

四、申领程序

1、符合条件的残疾人创业者，持申请材料，向创业地所在的社区（村）提出申请，社区（村）通过实地核查等方式，对申请材料的真实性、完整性进行审查，对符合条件、申请材料齐全的，签署核查意见，将申请材料上报街道（乡镇）残疾人就业服务机构审核；街道（乡镇）初审后报区残疾人就业服务机构审核；

2、区残疾人就业服务机构审核材料并对残疾人创业项目进行实地考察，对审核通过的拟发放扶持资金人员进行公示，并出具审核意见，填写《武汉市一次性残疾人创业扶持资金申请情况汇总表》（见附件2），于每年8月31日前集中上报市残疾人就业服务机构；

3、市残疾人就业服务机构汇总后，报市财政部门，下拨一次性残疾人创业扶持资金。

**五、工作要求**

各区残疾人就业服务机构是一次性残疾人创业扶持资金的审核主体，市残联将不定期进行抽查。对弄虚作假骗取扶持资金的，一经查实，追回扶持资金，情节严重的，移交司法机关处理。

六、本通知自印发之日起施行，原有规定与本通知不一致的，以本通知为准。

附件：

1、武汉市一次性残疾人创业扶持资金申请表

2、武汉市一次性残疾人创业扶持资金申请情况汇总表

武汉市残疾人联合会

武汉市财政局

2016年5月26日

附件1：

**武汉市一次性残疾人创业扶持资金申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性别 | | |  | | 出生日期 | | |  |
| 文化程度 |  | | | | | 身份证号 | | |  | | | |
| 残疾类别及等级 | |  | | | 残疾人证号 | | | |  | | | |
| 创业项目名称 | | |  | | | | | | | | | |
| 创业项目地址 | | |  | | | | | | | | | |
| 工商营业执照注册号 | | |  | | | | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | 联系电话 | | |  | |
| 创业项目  情况介绍 | （可另附页。）  申请人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 社区（村）核查意见 | | | 街道（乡镇）审核意见 | | | | | | | 区残疾人就业服务机构审核意见 | | |
| 经办人  签名：  负责人  签名  （ 盖章）  年 月 日 | | | 经办人  签名：  负责人  签名  （ 盖章）  年 月 日 | | | | | | | 经办人  签名：  负责人  签名  （ 盖章）  年 月 日 | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | | | | |

此表一式三份，社区（村）、街道（乡镇）及区残疾人就业服务机构各一份。

附件2：

武汉市一次性残疾人创业扶持资金申请情况汇总表

区（盖章） 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序**  **号** | **姓 名** | **性别** | **出生年月** | **残疾类别及等级** | **户籍所在区** | **残疾人证号** | **创业项目及地址** | **工商营业执照注册号** | **联系方式** | **补贴金额（元）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

5