附件1

师带徒培训XX项目协议

甲方：

乙方：

丙方：

为进一步贯彻落实《浙江省残疾人就业办法》，根据《关于进一步加强残疾人职业技能培训工作的通知》（浙残联发〔2017〕18号）、《关于印发<温州市区职业技能提升行动培训补贴管理办法>的通知》（温人社发〔2020〕58号）等有关残疾人工匠培育的要求，XXXX（以下简称甲方）决定委托XXXX（以下简称乙方）大师招收符合条件的残疾人学员XXX（以下简称丙方），开展师带徒培训，周期为一年（X年X月X日至X年X月X日），一年内丙方跟随乙方学习的时间每月不少于5天，全年累计不少于60天。为强化培训过程管理，提高培训质量，经甲、乙、丙三方友好协商，达成如下协议，共同遵守：

一、甲方的权利义务

1.负责结对培训方案的制定和过程的管理工作；

2.负责残疾人学员的选拔工作；

3.负责组织培训绩效评定工作；

4.负责培训经费的落实工作。

二、乙方的权利义务

1.在甲方指导下，根据残疾人学员的实际情况，制定培训方案，内容涵盖培训计划、课程、教学团队、实施等内容；

2.负责培训过程的管理，强化培训纪律，做好培训（面授日期及学习内容）记录；

3.主动配合甲方的督导及评估，并提供符合要求的费用明细及发票；

4.因乙方以外的原因，所带残疾人学员退出，经甲方同意可重新招收学员。

三、丙方权利义务

1.自愿报名学习，签订协议后不得无故退出；

2.服从大师管理，按要求参加培训，遵守学习纪律，不得无故请假、旷课；

3.认真完成培训计划规定的各项培训内容，考核合格。

四、培训经费的落实

培训期间产生的场地、授课、耗材、食宿等费用按照财政相关规定给予补贴，在协议执行结束后发放。

五、本协议未尽事宜，经甲、乙、丙三方友好协商，达成共识后，可签订补充协议，具有同等效力。

六、本协议一式三份，甲、乙、丙三方各执一份，自签字盖章之日后生效。

甲方（盖章）： 乙方（盖章）： 丙方（签字）：

法定代表或授权委托人： 法定代表或授权委托人：

 年 月 日

附件2

温州市 用人单位按比例安排残疾人

就业补贴申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 |  | 单位类型 |  |
| 统一信用代码证号 |  | 税务关系 所在地 |   |
| 单位职工数 |  | 在岗残疾人数 |  | 本市户籍残疾人数 |  |
| 申请类型 | □岗位补贴 □超比例补贴 |
| 本市户籍残疾人职工名单（人数超出请以此表样式另附） |
| 姓名 | 残疾人证号 | 文化程度 | 岗位（工种） | 工资（元） | 补贴金额（由残联填） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 残联审核情况 |
| 审核意见 | 岗位补贴（元） |  | 超比例补贴（元） |  |
| 经审核，该用人单位补贴金额： |
|  经办人： 复核人： 年 月 日 |
| 公示结果 |  |
| 残联意见 |  （公章） 年 月 日 |

附件3

温州市市级残疾人“种养加”基地评定标准

一、标准

市级残疾人“种养加”基地（种植业、养殖业、加工业基地），须在营业执照、工商登记所在地申报，在符合建设标准基础上，并满足以下要求：

（一）AAA级标准

1.已被授予县级基地；

2.由集体或个人（残疾人、健全人）投资创办，在当地具有较大影响力的农业企业或经济组织（不包括集中安置残疾人就业的社会福利企业，下同）；

3.直接安排达10人及以上残疾人就业（农村种养业安排残疾职工可延长到69周岁，下同）；其中加快发展县直接安排残疾人就业7人及以上；

4.直接安排就业的残疾人工资收入须达到当地月最低工资，并与残疾职工签订劳动合同。

（二）AA级标准

1.已被授予县级基地；

2.由集体或个人（残疾人、健全人）投资创办，具有一定的经济效益和较好的市场需求前景；

3.安排残疾人5人及以上；

4.直接安排就业的残疾人工资收入须达到当地月最低工资，并与残疾职工签订劳动合同。

（三）A级标准

1.已被授予县级基地；

2.由集体或个人（残疾人、健全人）创办的，具有良好的市场需求前景或社会效益；

3.安排残疾人3人及以上；

4.直接安排就业的残疾人工资收入须达到当地月最低工资，并与残疾职工签订劳动合同。

二、申报

1.符合申报标准的“种养加”基地，于每年3月底前，向所在县（市、区）残联申报，县级残联初审后报市残联。

2.申报材料

（1）县级命名文件复印件；

（2）营业执照（统一信用代码证）；

（3）安排残疾人员的名单、劳动合同、残疾人证复印件；

（4）向残疾人支付的劳动报酬（银行流水清单）；

（5）残疾职工参加意外险证明材料；

（6）其他需要提供的材料。

三、评定

市残联组织或委托第三方对申报材料进行审查和实地查看核实，符合“种养加”基地评定标准的，在市残联门户网站公示七个工作日，公示无异议的，由市残联发文命名。

四、年审

市级残疾人“种养加”基地实行年审制度。享受市级补贴的一年一审，未享受市级补贴的两年一审。年审年度3月底前，由各县（市、区）残联组织对上年已经命名的市级残疾人“种养加”基地进行审核，市残联组织进行复核，并委托第三方进行评估。

对年审不合格的，给予一个月时间整改，仍不合格的由市残联发文取消“温州市残疾人‘种养加’基地”称号，同时终止该项目政策扶持。

对审核达标的市级残疾人“种养加”基地，各县（市、区）按政策规定给予相应的资金帮扶或奖励。

附件：3-1.温州市市级残疾人“种养加”基地申请表

3-2.温州市区残疾人“种养加”基地补助申请汇总表

附件3-1

温州市市级残疾人“种养加”基地申请表

 申报单位：（公章）                                    申报日期：      年   月   日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称（盖章） |  | 负责人姓名 |  |
| 地 址 |  | 联系电话 |  |
| 统一信用代码证号 |  |
| 法人身份证号 |  | 残疾人证号 |  |
| 成立时间 |  | 评为县级机构时间 |  |
| 基地类型 | 种植□ 养殖□ 加工□ 服务业□ 其它□ | 主要产品 |  |
| 基地简介 | 基地面积 | 年产值 | 年收益 | 从业人数 |
|  |  |  | 健全人 |  | 残疾人 |  |
| 单位承诺 | 本单位承诺所填写信息及提交的材料均为真实，如有弄虚作假，同意在温州市信用平台上记录不良信用，并承担相应的后果。法定代表人签字：年 月 日 |
| 县（市、区）残联意见：                                                               （盖章） 年  月  日 | 第三方评估意见：                                      （盖章）年  月  日 |
|                               公示结果                             |  |

|  |
| --- |
| 附件3-2**温州市市级残疾人“种养加”基地补助申报汇总表** |
| **序号** | **名 称** | **地 址** | **营业执照** | **经营范围** | **法人代表** | **身份证或残疾证号** | **残疾类别** | **联系电话** | **安排残疾人数** | **市级基地评定标准** | **申报标准资金（万元）** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **区残联签章** | 上述基地补助申请已经审核并公示无异议。 经办人： 主管领导： 填报单位（盖章）： 年 月 日 |