附件4

**北京市残疾人自主创业就业社会保险补贴实施细则**

第一条  本细则所称自主创业就业，是指通过自主创业或从事家庭副业、家政服务、修理装配、便民理发、绿化保洁等非全日制、临时性和弹性工作等形式实现就业。

第二条  具有本市户籍，持有《中华人民共和国残疾人证》（智能卡）的残疾人，实现自主创业就业，符合下列条件的，可申请享受社会保险补贴和一次性补缴社会保险补贴：

（一）劳动年龄内（男年满16周岁、不满60周岁，女年满16周岁、不满50周岁），按个体灵活就业人员标准缴纳社会保险费的，可享受社会保险补贴。

（二）残疾人达到法定退休年龄，基本养老保险累计缴费不足15年并按规定继续缴费的，可继续享受社会保险补贴；

（三）2010年12月31日前男年满50周岁、女年满40周岁，且在2011年3月31日前参加了城镇职工社会保险并完成缴费，达到法定退休年龄，基本养老保险累计缴费满15年，或继续缴费后基本养老保险累计缴费满15年，并按规定一次性补缴职工医疗保险差额年限费用享受职工医疗保险退休人员待遇的，可享受一次性补缴社会保险补贴；

（四）2010年12月31日前男年满50周岁、女年满40周岁，且在2011年3月31日前参加了城镇职工社会保险并完成缴费，达到国家规定退休年龄后，继续缴费至男年满65周岁、女年满55周岁，缴纳基本养老保险费年限未达到规定的按月享受待遇的缴费年限，缴纳基本医疗保险费年限未达到享受退休人员基本医疗保险待遇的缴费年限，按规定一次性补缴差额年限社会保险费的，可申请享受一次性补缴社会保险补贴。

第三条  残疾人符合本细则第二条规定的，可按以下标准申请享受社会保险补贴和一次性补缴社会保险补贴：

(一)基本养老保险以本市上一年度职工月平均工资的40%为基数，补贴14%；

（二）基本医疗保险以本市上一年度职工月平均工资70%为基数，补贴6%；

（三）失业保险以本市上一年度职工月平均工资40%为基数，补贴1%。

本市社会保险缴费标准如有调整，按新标准执行。

第四条  残疾人享受社会保险补贴，应先提出申请，经区残联审批批准后，采取“先缴纳后补贴，一年一补”的方法申领。

第五条  残疾人应向户籍所在地的街道（乡镇）残联申请享受补贴，填写《北京市残疾人自主创业就业社会保险补贴申请审批表》或《北京市残疾人一次性补缴社会保险补贴申请审批表》，并提交以下材料：

（一）《中华人民共和国残疾人证》（智能卡）原件及复印件（原件经审核后退回）；

（二）个人缴纳社会保险的《北京市社会保险个人权益记录（参保人员缴费信息）》；

（三）申请享受一次性补缴社会保险补贴的，提交一次性补缴社会保险费的凭证；

（四）区残联要求提交的其他材料。

第六条  街道（乡镇）残联受理申请后进行初审，对符合条件的，报区残疾人就业服务机构。区残疾人就业服务机构对街道（乡镇）残联提交材料进行审查核实后，报区残联审批。

区残联审批批准后，由区残疾人就业服务机构将补贴资金通过《中华人民共和国残疾人证》（智能卡）发放给申请人。

第七条  出现下列情形之一的，停止社会保险补贴：

（一）实现单位就业的；

（二）符合并享受其他社会保险补贴政策的；

（三）不按规定及时足额缴纳社会保险费的；

（四）弄虚作假，骗取社会保险补贴的；

（五）违反法律、行政法规及有关文件规定的其他情形。

第八条  残疾人停止享受社会保险补贴时，由街道（乡、镇）残联填写《北京市停止享受残疾人个人就业社会保险补贴审批表》，报区残联审批后，将审批结果书面告知残疾人本人。

**北京市残疾人自主创业就业社会保险补贴申请审批表**

审批表编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 出生年月 |  |
| 残疾人证号 |  | | 联系电话 | |  | |
| 户籍所在街道  （乡、镇） |  | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | |
| 首次参加社  会保险时间 |  | | 存档单位 |  | | |
| 参加社会  保险情况 | □基本养老保险   □基本医疗保险   □失业保险 | | | | | |
| 个人申请 | 本人按照《关于进一步促进本市残疾人就业工作的若干措施》（京残发〔2018〕26号）申请享受社会保险补贴。本次所提交的各项申请材料真实有效，不含虚假内容，自愿承担由此产生的相关责任。     本人签字：                                年   月   日 | | | | | |
| 街道（乡镇）  残联意见 | 申请人符合享受社会保险补贴条件，建议从    年  月起给予补贴。                                                  （公章）  经办人：          负责人：                  年  月  日 | | | | | |
| 区残疾人就业  服务机构意见 | （公章）  经办人：          负责人：                  年  月  日 | | | | | |
| 区残联意见 | （公章）  经办人：          负责人：                  年  月  日 | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：此表一式三份，区残疾人就业服务机构、街道（乡镇）残联、残疾人档案各一份

**北京市残疾人一次性补缴社会保险补贴申请审批表**

审批表编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 残疾人证号 | |  | | 联系电话 |  | |
| 户籍所在街道  （乡镇） | |  | | | | |
| 参保及  补缴  情况 | 基本养老保险 | 按年缴费      年     个月，补缴      年     个月，补缴标准        元/月，补缴金额        元 | | | | |
| 基本医疗保险 | 按年缴费      年     个月，补缴      年     个月，补缴标准        元/月，补缴金额        元 | | | | |
| 一次性补缴  社会保险费  补贴申请 | | 本人按照《关于进一步促进本市残疾人就业工作的若干措施》（京残发〔2018〕26号）申请享受一次性补缴社会保险补贴。本次所提交的各项申请材料真实有效，不含虚假内容，自愿承担由此产生的相关责任。    本人签字：                   年  月  日 | | | | |
| 街道（乡镇）残联意见 | | 申请人符合一次性补缴社会保险费补贴条件。        年   月   日，按规定一次性补缴了基本养老保险费        元、基本医疗保险费        元。  （公章）  经办人：      负责人：             年  月  日 | | | | |
| 区残疾人就业服务机构意见 | | 申请人按规定一次性补缴了社会保险费。建议给予其一次性补缴社会保险补贴        元。  （公章）  经办人：      负责人：             年  月  日 | | | | |
| 区残联意见 | | （公章）  经办人：        负责人：               年   月  日 | | | | |

注：此表一式三份，区残疾人就业服务机构、街道（乡镇）残联、残疾人档案各一份

**北京市停止享受残疾人自主创业就业社会保险补贴审批表**

审批表编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 残疾人证号 |  | | 联系电话 |  | |
| 户籍所在街道  （乡镇） |  | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | |
| 享受社会  保险补贴  时间 | 该残疾人于     年   月开始享受社会保险补贴，补贴时间为     年   个月，补贴总金额为         元。  从      年    月停止补贴。 | | | | |
| 停止  社会保险  补贴原因 | □1.实现单位就业  □2.享受其他社会保险补贴政策  □3.未按规定缴纳社会保险费  □4.不符合补贴政策  □5.其他： | | | | |
| 街道（乡镇）  残联意见 | （公章）  经办人：         负责人：                 年  月  日 | | | | |
| 区残疾人就业服务机构意见 | （公章）  经办人：           负责人：                年  月  日 | | | | |
| 区残联意见 | （公章）  经办人：           负责人：              年  月  日 | | | | |

注：此表一式三份，区残疾人就业服务机构、街道（乡镇）残联、残疾人档案各一份