附件1

省级残疾人辅助性就业示范机构申请表

(盖章): 填报日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 辅助性就业机构名称 |  |
| 地址 |  |
| 组织机构代码 |  |
| 单位组织形式 | □独立法人单位 | □独立法人单位附属机构 |
| 安置残疾人人数（包括智力、精神和重度肢体残疾） | 智力残疾人数：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_人 |
| 精神残疾人数：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_人 |
| 重度肢体残疾人数：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_人 |
| 劳动生产项目 | 相对稳定的劳动生产项目名称 |  |
| 已开展劳动生产时间 |  |
| 劳动合同及相关协议 | 签订劳动合同及相关协议时间长度 | □未签 | □0-6个月 | □6个月以上 |
| 签订全日制劳动合同是否参加社会保险 | □是 | □否 |
| 残疾人劳动时间 | 日工作时间 | □0-3小时 | □3小时以上 |
| 周工作时间 | □0-15小时 | □15小时以上 |
| 劳动报酬 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元/月 |
| 工作环境 | 是否具有无障碍环境 | □是 | □否 |
| 是否具有劳动安全保护措施 | □是 | □否 |
| 专门服务人员 | 配备了专门服务人员人数 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_人 |
| □安排有专（兼）职精神科或相关业务能力医生 | □没有安排有专（兼）职精神科或相关业务能力医生 |

填表人： 联系电话：

附件2

省级残疾人辅助性就业示范机构实地核查情况表

 填报日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 辅助性就业机构名称 |  |
| 详细地址 |  |
| 邮政编码 |  | 办公电话 |  |
| 法人代表姓名 |  | 联系电话 |  |
| 联系人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 职工人数 |  | 残疾人职工数 |  |
| 辅助性就业机构情况简介 | 、 |
| 县（市、区）残联实地核查意见 | （公章） 年 月 日 |
| 市（州）残联实地核查意见 | （公章）年 月 日 |