

昆明市残疾人联合会

昆明市财政局 文件

昆明市人力资源和社会保障局

昆残联发〔2010〕3号

关于印发《昆明市残疾人自主创业
扶持办法（试行）》的通知

各县（市）区、三个开发（度假）区残联、财政局、人力资源和社会保障局：

现将《昆明市残疾人自主创业扶持办法（试行）》印发给你们，请认真遵照执行。

附件：1、《昆明市残疾人自主创业扶持办法（试行）》
2、《昆明市残疾人自主创业补贴申请表》
3、《昆明市残疾人自主创业补贴花名册》



二〇一〇年五月十日

主题词：残疾人 自主创业 办法 通知

抄送：云南省残联、云南省财政厅、云南省人力资源和社会保障厅。

市委办公厅、市政府办公厅。

昆明市残疾人联合会

2010年5月10日印

附件 1:

昆明市残疾人自主创业扶持办法（试行）

一、为贯彻落实中共中央、国务院关于促进残疾人事业发展的意见，根据《中华人民共和国残疾人保障法》、《中华人民共和国残疾人就业条例》、《昆明市残疾人就业保障金征收使用管理办法》，制定本办法。

二、扶持范围及对象

残疾人自主创业是指在我市辖区内残疾人创办企业、或者从事个体经营等方式取得劳动报酬的形式。

持有昆明市残疾人联合会核发的《中华人民共和国残疾人证》（以下简称《残疾人证》）、年龄 18-55 周岁、有劳动能力、有民事行为能力，首次通过自主创业实现就业的残疾人。

三、资金来源

（一）财政安排

（二）残疾人就业保障金

（三）社会捐赠

（四）利息收入

（五）其他收入

扶持资金由市、县两级共同承担。具体承担的比例如下：

1、市本级与五华区、盘龙区、官渡区、西山区、呈贡县、安宁市、昆明高新技术产业开发区、昆明经济技术开发区、昆明滇

池国家旅游度假区为 5: 5。

2、市本级与晋宁县、嵩明县、宜良县、石林县、东川区、寻甸县、富民县、禄劝县为 7: 3。

四、扶持标准

(一) 取得《企业法人营业执照》并正常经营六个月以上, 按照最高不超过 5000 元的标准给予创业扶持。

(二) 取得《个体工商户营业执照》(含农村民俗旅游经营) 并正常经营六个月以上, 按照最高不超过 4000 元的标准给予扶持。

(三) 法定代表人或经营者本人为残疾人的自主创业实体(集中安置残疾人就业的用人单位除外), 新招用残疾人(签订《劳动合同》1 年以上) 并为其购买了社会保险, 每新招用 1 人扶持 800 元。

以上均为一次性扶持, 扶持实物的按相同价值计入扶持资金。五年之内, 不得重复享受自主创业扶持补贴。

五、申办程序

(一) 申请扶持的残疾人, 应到户籍所在地的乡镇(街道) 残联填写《昆明市残疾人自主创业扶持申请表》(以下简称《申请表》), 同时提供以下材料:

1、申请人《身份证》、《残疾人证》原件及复印件;

2、《企业法人营业执照》或《个体工商户营业执照》原件及复印件;

3、经营场地证明;

4、其他需要出具的证明材料。

(二) 乡镇(街道)残联对所受理的符合扶持条件的申请,应在5个工作日内签署意见,报县(市)区残疾人劳动就业服务机构。

(三) 县(市)区残疾人劳动就业服务机构应自接到《申请表》及相关材料之日起,在10个工作日内到其经营地点进行实地核实,同意扶持的应向社会进行10天以上公示。

(四) 市残疾人劳动就业服务机构应对经县(市)区残疾人劳动就业服务机构签署意见的材料进行审核,签署审批意见报市残联核准。符合要求的应在10个工作日内完成经费划拨。

(五) 经批准享受扶持政策的残疾人,持本人的相关证明到县(市)区残疾人劳动就业服务机构申领扶持资金或实物。

六、资金管理与监督

(一) 残疾人自主创业扶持资金必须坚持专款专用的原则,严格按照规定的范围、标准和程序使用。

(二) 残联要建立残疾人自主创业扶持资金发放台帐,加强对自主创业残疾人的跟踪服务,发挥残疾人自主创业资金的最大作用。市财政局、市残联每年将对残疾人自主创业扶持资金 usage 情况进行监督、检查,各县市区残联要自觉接受检查及审计部门的监督检查。

(三) 各县(市)区不得擅自扩大扶持范围、降低扶持条件,要按规定对申请扶持残疾人的情况进行核实。对虚报冒领、骗取

扶持资金的，由县（市）区残疾人劳动就业服务机构负责追回，并在 5 年内不得核拨扶持资金。工作人员利用职权之便，乱作为或不作为的，一经查实，严格依照有关规定予以处理，构成犯罪的，由司法部门依法追究刑事责任。

七、本办法由昆明市残疾人联合会负责解释和修订。

八、本办法自下发之日起施行。

附件 2 :

昆明市残疾人自主创业补贴申请表

姓 名		性别		出生年月	
身份证号码				户口所在地	
残疾类别和等级			残疾证号		
家庭住址			联系电话		
工商登记证号			注册资金		
营业场所地址				开业时间	
(以上由残疾人本人填写)					
申请金额: (大写)			¥: 元		
申请人签名					
乡镇 (街道)					
残联意见	负责人签字:		盖 章:		
县 (市) 区残疾人劳动就业服务机构意见	负责人签字:		盖 章:		
市残疾人劳动就业服务机构意见	负责人签字:		盖 章:		
昆明市残疾人联合会审核意见	负责人签字:		盖 章:		

注: 本表一式三份。

附件 3:

昆明市残疾人自主创业补贴花名册

各县（市）区残疾人劳动就业服务机构（章）

日期:

序号	姓名	性别	出生年月	残疾类别和等级	残疾证号	营业场所地址	补贴金额	联系电话
合计（大写）					¥:	元		