关于《拱墅区关于贯彻落实东西部扶贫劳务

协作和就业扶贫政策的实施细则》的征求公告

现将《拱墅区关于贯彻落实东西部扶贫劳务协作和就业扶贫政策的实施细则（征求意见稿）》向广大公众征求意见。征求意见时间2019年9月23日至9月30日，如有异议，请以书面形式发至邮箱：412419295@qq.com，联系人：牟丽琴，联系电话：56667216。

附件：《拱墅区关于贯彻落实东西部扶贫劳务协作和就业扶贫政策的实施细则（征求意见稿）》

                          拱墅区人力资源和社会保障局

2019年9月23日

拱墅区关于贯彻落实东西部扶贫劳务协作

和就业扶贫政策的实施细则

（意见征求稿）

为贯彻落实《浙江省人力资源和社会保障厅等三部门关于进一步推进东西部扶贫劳务协作的通知》（浙人社发〔2018〕124号）和市人力资源和社会保障局、市财政局、市对口支援工作领导小组办公室《关于进一步加大东西部就业扶贫政策支持力度的通知》（杭人社发〔2018〕260号）、《关于贯彻落实东西部扶贫劳务协作和就业扶贫政策的实施细则》（杭人社发〔2019〕36号）等文件精神，做好拱墅区东西部就业扶贫劳务协作工作，打赢脱贫攻坚战，促进对口帮扶地区建档立卡贫困劳动力（以下简称“建档立卡劳动力”）来拱墅区就业创业和稳定就业，现制定本实施细则：

一、建档立卡劳动力同等享受我市就业困难人员各项就业创业政策

建档立卡劳动力在拱墅区就业创业期间可同等享受市级就业困难人员用人单位吸纳就业社保补贴、创业担保贷款、贴息等就业创业政策，享受条件、标准、申请材料、申请流程等参照杭州市就业困难人员相关规定执行。

二、降低人力资源服务机构申请就业创业服务补贴门槛

2019年1月20日以后，省内人力资源服务机构等市场主体参与扶贫劳务协作，通过参加招聘会、开展订单式培训、在对口地区设立职业介绍窗口、联合对口地区人力资源服务机构等方式开展有组织输入，对成功组织建档立卡劳动力来拱墅区首次就业,并依法缴纳3个月以上社会保险费的，可按每人一次性1000元的标准给予市级就业创业服务补贴。补贴的申请及审核参照杭人社发〔2019〕36号文件执行。

三、开展职业技能培训，提升建档立卡劳动力就业能力

建档立卡劳动力参加职业技能培训和岗前、在岗、转岗技能培训，取得相关证书并符合条件的，可按用人单位职工同等享受职业技能培训（鉴定）补贴或岗前、在岗、转岗技能培训（鉴定）补贴。享受条件、补贴标准、申请材料、申请流程等参照杭州市相关规定执行。

鼓励企业组织贫困人员特别是深度贫困地区的建档立卡劳动力，参加岗前培训和岗位技能提升培训，并按规定落实职业培训补贴。对参加失业保险1年以上的贫困人员，可按规定给予杭州市技能提升补贴。

1. 对就业扶贫爱心企业进行扶持补助

对认定为市级就业扶贫爱心企业的，除市级给予5万元一次性奖补外，拱墅区还将给予1万元的一次性补贴。

五、鼓励企业开发爱心岗位，吸纳帮扶地建档立卡劳动力来拱墅区就业

鼓励企业履行扶贫社会责任，专门面向帮扶地建档立卡劳动力，开发不讲学历、不讲技能、只讲爱心的爱心岗位。

（一）岗位开发认定

1.申请对象。社保参缴在拱墅区的企业。

2.岗位开发。爱心岗位由企业根据实际需求进行开发，爱心岗位的上岗人员必须是贵州省黔东南州和湖北省恩施州户籍的建档立卡劳动力。

3.认定程序。爱心岗位的认定主体为拱墅区人力社保局。社保参缴在拱墅区的企业招用黔东南州和恩施州户籍的建档立卡劳动力首次在杭州就业并在拱墅区参保的，在稳定就业满三个月后，向拱墅区人社局提出书面申请，提供营业证照副本原件及复印件（首次申请提供，营业证照信息变更的，需再次提供）、填写《拱墅区爱心岗位认定表》（附件1）、《拱墅区企业爱心岗位招用人员花名册》（附件2），并附建档立卡劳动力身份证复印件。拱墅区人社局受理后，对建档立卡人员身份予以审核并将岗位认定情况反馈申请人。

（二）补贴申请

1.补贴条件。申请企业依法为建档立卡劳动力缴纳社会保险费满3个月。

2.补贴标准。参照杭州市公益性岗位政策标准，每人每月按杭州市月最低工资标准的130%给予岗位补贴。

3.申请时间。申请补贴时间为每年10月份。实际参保月数计算截止到当年9月。

4.申请材料。申请企业需提供以下相应材料：

1、《拱墅区就业扶贫补贴申领名册》（附件3）；

2、营业证照副本复印件；

3、建档立卡劳动力身份证明材料。

（三）补贴审核

1.收到申请补贴材料后，区人力社保局将申领名册中填写的证件信息、缴纳社会保险费等情况进行审核。

2.爱心岗位补贴申请每年于10月25日前，向区人力社保局提出，核定一般在10个工作日内完成。

（四）补贴拨付

爱心岗位补贴经区人力社保局审核完成后，核拨至申请企业账户。

六、支持对口帮扶地区在我区设立劳务协作工作站，予

以一次性经费补助

对贵州省黔东南州黄平县、湖北省恩施州来凤县驻拱墅区劳务协作工作站分别予以一次性3万元补助。资金主要用

于以下几方面：

（一）两地建档立卡人员在杭就业情况排摸工作经费；

（二）工作站人员调研走访交通补助、日常工作信息通讯补助；

（三）工作站劳务协作展板、台账资料等制定；

（四）工作站工作设施设备的配置。

七、本细则中，除市级补贴以外，相关区级补贴所需资金，由区财政予以保障。

八、本细则自2019年9月1日起实施，至2021年12月31日止。

附件：1.《拱墅区爱心岗位认定表》

2.《拱墅区企业爱心岗位招用人员花名册》

3.《拱墅区就业扶贫补贴申领名册》

杭州市拱墅区财政局

杭州市拱墅区发展改革和经济信息化局

杭州市拱墅区人力资源和社会保障局

杭州市拱墅区人力资源和社会保障局杭州拱墅区发展改革和经济信息化局

杭州市拱墅区财政局

杭州市拱墅区人力资源和社会保障局 杭州市拱墅区人力资源和社会保障局

区发展改革和经济信息化局

杭州市拱墅区财政局

杭州市拱墅区人力资源和社会保障局

杭州市拱墅区财政局

杭州市拱墅区人力资源和社会保障局

2019年 月 日

**附件1**

拱墅区爱心岗位认定表

申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 | | （盖章） | | | | | | | | |
| 注册地址 | |  | | | 社会信用代码 | | | |  | |
| 联系人 | |  | | | 联系电话 | | | |  | |
| 经营范围 | |  | | | 开户名称 | | | |  | |
| 开户账号 | |  | | | 开户银行 | | | |  | |
| 序号 | **申 请 岗 位 详 细 情 况** | | | | | | | | | |
| 1 | 岗位名称 | |  | | | | | | | |
| 工作时间 | |  | 工作地点 | |  | | | | |
| 申请数量 | | （ ）个 | | | | 已上岗人数 | | |  |
| 2 | 岗位名称 | |  | | | | | | | |
| 工作时间 | |  | 工作地点 | |  | | | | |
| 现有数量 | | （ ）个 | | | | | 已上岗人数 | |  |
| 福利待遇 | | |  | | | | | | | |
| 申请理由 | | |  | | | | | | | |
| 区人力社保局意见 | | | 盖章  年月日 | | | | | | | |

说明：1、福利待遇应包括月工资、食宿、五险一金、加班补贴等情况。

2、本认定表一式二份，由用人单位盖章，报区人力社保机构。

**附件2**

拱墅区企业爱心岗位招用人员花名册

单位名称：（盖章） 社会信用代码： 填表人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 身份证号 | 户籍地址 | 联系电话 | 就业开始时间 | 岗位 | 月收入 | 吃住情况 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

说明：本花名册一式二份，由用人单位盖章，报区人力社保机构。

附件3

拱墅区就业扶贫补贴申领名册

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 | | （盖章） | | | | 社会信用代码 | | |  | | | 补贴项目 | | | 爱心岗位补贴 | | |
| 联系人 | |  | | 电话 | |  | | | 填表时间 | | | 年 月 日 | | | | | |
| 补贴人员名单 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 | | 性别 | 户籍  所在地 | | | 参保  单位 | | 开始参保时间 | 实际参保月数 | | | 月收入 | | 补贴  金额 | 备注 |
| 1 |  |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  |
| 2 |  |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  |
| 3 |  |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  |
| 4 |  |  | |  |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  |
| 以下内容由审核部门填写 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 初审经办人意见：  年 月 日 | | | 复审经办人意见：  年 月 日 | | | | 科室负责人意见：  年 月 日 | | | | | | 分管负责人意见：  年 月 日 | | | | |

说明：补贴金额=补贴标准×实际参保月数。