

# 贵州省残疾人联合会文件

黔残联[2010]148号

---

## 关于印发《贵州省残疾人专职委员工作 补助经费实施方案》的通知

各市、州、地残联：

为解决好基层残疾人专职委员的待遇，提高为残疾人服务的能力，结合我省实际，特制定本实施方案。现将《贵州省残疾人专职委员工作补助经费实施方案》印发你们，请遵照执行。

请各地于2010年8月15日前，将《贵州省基层组织残疾人专职委员工作补助经费审批登记表》（附后）报送省残联组联部（含电子版和纸质版），逾期不报视为放弃。

(此页无正文)



(联系人：杜飞鹏 电子邮箱：[gz-zlb@cdpf.org.cn](mailto:gz-zlb@cdpf.org.cn)  
电话传真：0851—6850364)

**主题词：**残疾人 专职委员 补助 通知

抄送：中国残联

贵州省残疾人联合会

2010年7月20日印发

共印16份

# 贵州省残疾人专职委员工作 补助经费实施方案

为深入贯彻《中共中央国务院关于促进残疾人事业发展的意见》关于“加强各级残联的建设，健全基层残疾人组织，解决好人员待遇问题，为残疾人工作提供有力的组织保障”，和国务院残工委《关于进一步加强基层残疾人组织建设的意见》精神，落实《中共贵州省委贵州省人民政府关于促进残疾人事业发展的实施意见》关于“乡、镇(街道办事处)和村、社区要有残疾人组织，明确专人负责残疾人工作。解决好基层残联办公条件和残疾人专职委员待遇，为残疾人工作提供有力的组织保障”并依据民政部、财政部、人力资源社会保障部、中国残联《关于进一步加强和规范基层残疾人组织建设的意见》精神，为解决好基层残疾人专职委员的待遇，为残疾人工作提供有力的组织保障，提高为残疾人的服务能力，尽早使广大残疾人与健全人一道共享改革发展的成果，结合我省实际，特制定本实施方案。

## 一、补助对象、范围与标准

**补助对象：**凡具有贵州省户籍，并持有《中华人民共和国残疾人证》，乡镇(街道办事处)残联、村(社区)残协选聘的残疾人专职委员，为本实施方案工作补助对象。

**补助的范围：**乡镇(街道办事处)残联、村(社区)残协残疾人专职委员。

**补助标准：**残疾人专职委员工作补助标准分为一类地区

和二类地区，一类地区每个乡镇（街道）按每年 1000 元标准补助，二类地区乡镇（街道）按每年 1400 元标准补助。

有条件的地区可从实际出发，扩大残疾人专职委员补助范围和标准（相应费用自行承担）。

## **二、残疾人专职委员纳入省级工作补助的资格条件**

为进一步推动基层组织规范化建设，加强并健全基层残疾人组织，培育基层残疾人工作者队伍，提高为残疾人服务的能力，进一步推进残疾人社会保障体系和服务体系建设提供组织保障，规范地开展乡镇（街道办事处）、村（社区）残疾人专职委员工作补助，申请省级残疾人专职委员工作补助的地区，须达到如下条件：

1、整县已经通过“基层残疾人组织规范化建设达标验收”工作的县；

2、各类残疾人调查数据清楚，各乡镇（街道办事处）配备有残疾人专职委员并已实际开展残疾人工作；

3、残疾人专职委员的选聘，按照《残疾人专职委员选聘办法》选聘；

4、残疾人专职委员管理规章、工作职责健全；

5、县级残联按时完成各项残疾人工作任务，各类残疾人工作信息报送及时；

## **三、残疾人专职委员纳入省级工作补助资格的取消**

为规范开展残疾人专职委员补助工作，增强基层残疾人组织的作用，切实为基层残疾人工作提供有力的组织保障，经不定期工作复查或抽查，凡有如下情况的县，即取消补助

资格:

- 1、乡镇(街道办事处)残疾人组织机构不健全的县;
- 2、残疾人专职委员管理规章、工作职责不健全明晰的县;
- 3、乡镇(街道)四分之一以上(含四分之一)残疾人专职委员,没有发挥专职委员的作用,不认真履行为残疾人提供服务的工作职责,残疾人普遍不满意的县;
- 4、虽已配备残疾人专职委员,但有四分之一乡镇(街道)专职委员流失没及时调整充实的县;
- 5、县级残联一年中,二次以上(不含二次)没按时完成任务,残疾人工作信息报送不及时和县;
- 6、残疾人专职委员的选聘,没有按照《残疾人专职委员选聘办法》选聘的县。
- 7、市(州、地)挪用本补助经费,经核实后,取消所属县(市、区、特区)残疾人专职委员补助经费资格;县(市、区、特区)挪用本经费,经核实后,取消所属乡镇(街道)残疾人专职委员补助经费资格

#### **四、残疾人专职委员纳入省级工作补助的实施**

##### **(一) 运作方式**

原则上,贵州省残疾人专职委员工作补助,一年一审,即,每年十一月底前,各市(州、地)向省残联提出第二年纳入补助县(市、区、特区)数量(含已批准的县、市、区、特区)的请示,经省残联审查同意后,纳入第二年补助计划并下拨经费。逾期不报视为放弃。

各市(州、地)残联须在经费到位后的二十个工作日内将经费及时下拨至县并将经费下拨情况及时上报省残联组联部。

专职委员如有调整,需于调整后的2个月内重新填报“贵州省残疾人专职委员工作补助审批情况登记表”

## (二) 审批程序

省级审批。由市、州、地残联提出申请,省残联收到市(州、地)的请示后,依据平时工作复查与抽查情况,并依据本方案第二条所列资格条件和第三条所列资格取消条件进行审核。达到第二条所列条件,无第三条所列条件的县(市、区、特区)给予专职委员工作补助,并以正式批复方式回复市(州、地)残联。

## 五、资料报送

《贵州省残疾人专职委员工作补助申请表》的报送,采取纸质报送与电子报送方式进行。

电子报送邮箱为:gz-zlb@cdof.org.cn

## 六、监督管理

省残联将按照有关要求,建立健全贵州省残疾人专职委员工作补助评估、督导和考核机制,并组织力量对各地残疾人专职委员工作补助实施情况进行专项检查。如发现因工作不力,影响残疾人专职委员补助工作的,给予通报批评;对采取虚报、隐瞒、伪造等手段骗取、截留、挪用补助经费的,

追究相关人员的责任。

## 七、主要措施与评估考核

开展残疾人专职委员补助工作，是加强基层残疾人工作，为残疾人社会保障体系和服务体系的建立，提供有力的组织保障的重要内容，是我省残疾人工作的重要任务。实施残疾人专职委员补助工作，事关广大残疾人专职委员的切身利益，涉及面广，政策性强，各级残联要加强领导，精心组织实施，将此项工作列入相关的目标考核。

1. 加强组织领导。各级残联要把残疾人专职委员补助工作，纳入当地残疾人工作中长期规划和年度计划，纳入加强基层组织建设的的重要内容，切实加强组织领导，积极整合各方资源，调动各方力量，确保残疾人专职委员补助工作顺利开展。

2. 精心制定实施方案。实施残疾人专职委员补助工作，涉及基层残疾人组织规范化建设、专职委员选聘、专职委员日常工作考核机制与制度的建立和完善、县级残联工作信息报送等诸多因素。各级残联要深入调查研究，切实掌握基层残疾人组织建设情况和工作动态，精心制定具体实施方案和年度工作计划。

3. 在实施过程中确保政策公开、公平、公正。各级残联要认真按照省级实施方案规定补助标准，严格审批程序，加强动态管理。对申请残疾人专职委员工作补助有关情况，各级残联应在一定范围内进行公示。对已不从事残疾人工作的乡镇（街道）残疾人专职委员，应及时退出工作补助待遇。

4. 加强资金管理和强化绩效评估。各级残联要会同有关部门加强残疾人专职委员工作补助资金管理和审计工作，确保专款专用，努力提高资金使用绩效。加强基础管理工作，要充分运用信息化手段，建立基层残疾人组织工作基础数据库，实现信息共享和动态管理。要建立有效的评估考核机制，及时掌握各地工作进展，促进残疾人专职委员工作补助政策的全面落实。

各地应根据本方案制定具体的实施办法。

## 贵州省残疾人专职委员 工作补助经费审批情况登记表

\_\_\_\_\_市(州、地) \_\_\_\_\_县(市、区、特区) \_\_\_\_\_年度

姓 名		性 别	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	民 族		(照片粘贴处)	
邮政编码		联系电话					
年 龄		身份证号					
家庭地址							
是否残疾	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	户籍类型	农业户籍 <input type="checkbox"/>	非农业户籍 <input type="checkbox"/>			
申领人所在行政区划	市(州、地)		县(市、区、特区)		乡镇(街道办事处)		
残疾类别与等级	残疾类别: 肢体 <input type="checkbox"/> 听力 <input type="checkbox"/> 言语 <input type="checkbox"/> 视力 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 智力 <input type="checkbox"/> 残疾等级: 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/>						
家庭经济状况	1. 家庭人均收入低于当地城乡居民最低生活保障线 <input type="checkbox"/> 2. 农村领取社会救济金 <input type="checkbox"/> 3. 家庭经济困难 <input type="checkbox"/>						
享受医疗保险情况	1. 享受城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 2. 享受农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 3. 享受医疗救助 <input type="checkbox"/> 4. 享受其他医疗保险 <input type="checkbox"/> 5. 无医疗保险 <input type="checkbox"/>						
乡镇(街道办事处)残联审批意见:			县(市、区、特区)残联审批意见:				
审 批 人: _____ <div style="text-align: right;">公 章: 年 月 日</div>			审 批 人: _____ <div style="text-align: right;">公 章: 年 月 日</div>				
市(州、地)残联审批意见:							
<div style="text-align: center;">负 责 人: _____</div> <div style="text-align: right;">公 章 年 月 日</div>							

- 注: 1.本表由申请人填写、申请人所在乡镇(街道办事处)、县(市、区)及市(州、地)残联审核并签署意见;  
 2.申请人提出申请时需携带本人身份证或户口本及复印件、城乡最低生活保障证明或农村社会救济金领取证明及复印件。  
 3.本表及有关证明复印件由县(市、区)残联存档。  
 4.本表一式二份,由申请人所在县(市、区)残联、市(州、地)残联分别存档一份。

5.享受补助的专职委员如有调整，须于调整后的二个月内重新申报。

## 贵州省基层组织残疾人专职委员 工作补助经费审批登记表

\_\_\_\_\_市(州、地) \_\_\_\_\_年度

县(市、区、特区)名称			
所辖乡镇数		已配专职委员数	
所辖街道办事处数		已配专职委员数	
所辖村数		已配专职委员数	
所辖社区数		已配专职委员数	
专职委员中残疾人数		残疾人亲友担任专职委员人数	
乡镇总人数		乡镇残疾人总数	
街道办事处总人数		街道办事处残疾人总数	
县(市、区、特区)符合《基层残疾人组织规范化建设验收标准》第1-17条		符合 <input type="checkbox"/> 部分符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/>	
乡镇(街道)符合《基层残疾人组织规范化建设验收标准》第18-26条		符合 <input type="checkbox"/> 部分符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/>	
村(社区)完全符合《基层残疾人组织规范化建设验收标准》第27-33条		符合 <input type="checkbox"/> 部分符合 <input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/>	
申请专职委员补助金额			
以上情况均属实，愿对不实申报承担责任。  _____县(市、区、特区)残联  负责人签字： 公章： 年 月 日		市(州、地)残联审批意见    负责人签字： 公章： 年 月 日	
省残联审批意见 公章 年 月 日			

注：1.本表由申请县(市、区、特区)填写，市(州、地)残联审核并签署意见；  
2.本表一式三份，县(市、区)残联、市(州、地)残联、省残联分别存档一份。