附件1：

丰顺县按比例安排残疾人就业年审表

填报单位（盖章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 主管部门 |  |
| 单位地址 |  | 组织机构代码 |  |
| 单位社保编码 |  | 纳税人编码 |  |
| 单位性质 | 1.财政全额拨款 □； 2.财政差额/定额拨款 □； 3.自收自支 □； 4.企业化管理 □。 |
| 上年度在职干部职工总人数（人） | 其中在职残疾干部职工总人数（人） |
|  | 合计 | 肢体残疾人 | 听力残疾人 | 言语残疾人 | 视力残疾人 | 智力残疾人 | 精神残疾人 |
|  |  |  |  |  |  |  |

说明：1.单位性质包括机关、事业（全额、差额、自收自支）、群团、企业（国有、股份制、私营、外资、合资、其他）、民办非企业。

 2.请各单位在2017年8月31日前报送县残联一楼年审大厅进行年审，地址：丰顺县新世纪迎宾路，联系电话：6633807。

3.本表一式二份，报送年审一份，单位自存一份。

法定代表人（签名）： 经办人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日

附件2：

单位在岗残疾职工花名册

填报单位名称（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序 号** | **姓 名** | **性****别** | **出 生****年 月** | **文 化****程 度** | **政治****面貌** | **残 疾****类 别** | **《残疾人证》、《伤残军人证》****号码** | **在本单位****建立劳动****关系时间** | **是否****参保** | **工种岗位** | **月工资****收入****（元）** | **备 注** |
| **固定工** | **合同工** | **临时工** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

说明：1.残疾类别是指：肢体、听力、言语、视力、智力、精神残疾。

2.工种岗位是指：固定工（公务员、机关、企事业在编人员）、合同工、临时工等。

3.本表须附件如下：残疾职工的残疾人证、身份证、残疾职工劳动合同、工资发放单、养老保险手册等复印件各一份。

4.本表一式二份，报送年审一份，单位自存一份。

法定代表人（签名）： 经办人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日