附表1

 **昆明市盲人按摩行业扶持项目**

申

报

审

批

书

机 构 名 称:

法人或经营者：

填 报 日 期 ： 　年 月 日

昆明市残疾人联合会制

2019年

（第1页）

《申报审批书》填表说明

1.**从封面填至“县（市）区残疾人联合会审定意见”一栏，填写内容要完整正确，手续齐全。**

2.机构门头编号：昆明市残联核准后才填，编号方法见《昆明市盲人保健按摩机构规范化建设标准》第九条；

3.经营面积：以有效房屋产权证明或租赁合同上注明的面积数为准；

4.数字填写：注意符合基本逻辑；

5.县区残联对机构提交材料务必认真核实，防范虚报冒领、骗取扶持资金的情形出现；

6.行业会议意见：明确记录会议内容；

7.县（市）区残疾人联合会审定意见：需要明确审定意见；

8.残疾人证号； 指《中国残疾人证》的号码；

9.最低工资标准：以机构所在地当年度最低工资标准为准。

（第2页）

承 诺 书

**本机构已了解昆明市盲人按摩行业管理和扶持的有关政策，保证此申报审批书填报的所有内容及提交的所有资料均真实、合法、有效，并承诺在项目申请及实施过程中遵守项目管理规则，接受项目监管、审计和评估，承担相应的法律责任。如有违反相关规定的行为，则自动取消申请资格并服从项目主管单位的裁决。**

 **机构名称（有公章的加盖公章）：**

 **法定代表人（或经营者）签名（手印）：**

（第3页）

|  |
| --- |
| 机构基本情况 |
| **机构类别** | 保健 | **机构门头编号** |  |
| **县（市）区残联登记备案号** |  | **机构所在****县（市）区** |  |
| **机构名称** |  |
| **经营地址** |   |
| **法定代表人（或经营者）** |  | **联系电话** |  |
| **身份证号码** |  |
| **法定代表人（或经营者）****是否残疾人** |  | **残疾类别** |  | **残疾人证号** |  |
| **营业执照编号** |  | **证照注册日期** |  |
| **总人数** |  | **其中就业盲人数** |  | **盲人占从业人数比例** |  |
| **就业盲人****分布情况** | **昆明户籍****盲人人数** |  | **非昆明户****籍的本省****盲人人数** |  | **省外户籍****盲人人数** |  |
| **经营场所面积（㎡）** |  | **按摩床位数（含足疗沙发）（个）** |  |
| **是否在本辖区经营半年以上** | （ ）是（ ）否 | **是否首次参加市级规范化建设** | （ ）是（ ）否 | **是否参加省级量化分级评定** | （ ）是（ ）否 |
| **县（市）区残联对机构提交材料审核情况** | **县（市）区残联已对机构提交的申报材料进行认真核实：****1.该机构符合昆明市盲人保健按摩机构资格认定条件，且在实际经营；** **2.申报人提交的材料均与原件一致；** **3.申报人提交的所有《中国残疾人证》（第二代），经真伪认定核实后，均确定真实有效；****4.机构均与就业盲人签定劳动协议，且盲人平均工资高于本地区最低工资标准；** **5.其余需要核实的材料。**经办人： 责任领导： 单位盖章： 年 月 日 |

|  |
| --- |
| 审批情况 |
| **行业会议意见** | 经办人： 责任领导： 单位盖章： 年 月 日 |
| **县(市)区残疾人****就业服务机构****初审意见** | 该机构经过现场核实，符合昆明市盲人保健按摩机构资格认定条件，且在实际经营，其所申报情况属实，初审意见如下：经办人： 责任领导： 单位盖章： 年 月 日 |
| **县（市）区残疾人****联合会审定意见** | 该机构符合昆明市盲人按摩行业管理的有关要求，并达到到我市扶持政策的有关条件，县（市）区残联理事会审定意见如下： 责任领导： 单位盖章： 年 月 日  |
| **市残疾人劳动****就业服务中心****备案意见** | 经办人： 责任领导： 单位盖章： 年 月 日 |
| **昆明市残疾人联合会****核准扶持内容及金额** | 按照昆明市盲人按摩扶持政策，市残联经理事会批准予以该机构以下扶持：（ ）市级规范化建设扶持补助金额 元。 （ ）同意其参加省级量化分级评定。其他意见：责任领导： 单位盖章： 年 月 日  |

 （第5页）

机构从业人员情况表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序****号** | **姓名** | **性别** | **残疾类别（健全人填无）** | **健全人填身份证号码****残疾人填残疾证号码** | **是否进行《残疾人证》真伪认定** | **户籍所在地** | **盲人是否****签订劳动****协议** | **盲人****月平均工资****（元）** | **是否低于机构所在地最低工资标准** | **联系电话** |
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（第6页）

附表2

昆明市盲人按摩行业扶持项目申报汇总表

**县（市）区残联（盖章）：** 经办人： 责任领导： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| **本辖区扶持情况汇总** | **本辖区共扶持盲人保健按摩机构 家，金额 元** |
| **序****号** | **保健机构名称** | **机构法人或经营者姓名** | **联系电话** | **健全人填身份证号码****残疾人填残疾证号码** | **扶持内容** | **扶持资金金额合计（元）** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

县（市）区残联填写

附表3

**昆残项目规范文档**

昆明市盲人按摩行业扶持项目

申报审批专家评审表

 **（保健机构类2019版）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **机构所在县（市）区** |  | **经办人** |  | **经办人****联系电话** |  |
| **机构名称** |  | **法定代表人****（或经营者）** |  |
| 评价指标体系 |
| **一** | 申报机构提交材料情况 |
| **1** | 《昆明市盲人按摩行业扶持项目申报审批书》 | （ ）有 | （ ）无 |
| **2** | 《营业执照》 | （ ）有 | （ ）无 |
| **3** | 房屋产权证明或租赁合同 | （ ）有 | （ ）无 |
| **4** | 法定代表人或经营者的身份证 | （ ）有 | （ ）无 |
| **5** | 保健按摩师的身份证 | （ ）有 | （ ）无 |
| **6** | 盲人按摩师还需要提供第二代《中华人民共和国残疾人证》 | （ ）有 | （ ）无 |
| **7** | 盲人的劳动协议及工资发放册，如该盲人同时是法人或经营者的，不需要提供劳动协议和工资发放凭证； | （ ）有 | （ ）无 |
| **二** | 县（市）区残联初审情况 |
| **8** | 该机构的《申报审批书》手续齐全，有相应的签字和盖章； | （ ）是 | （ ）否 |
| **9** | 工作人员到经营场所实地察看情况，并落实机构是否在实际经营 | （ ）是 | （ ）否 |
| **10** | 是否有经营场所和材料的影像资料 | （ ）是 | （ ）否 |
| **11** | 材料复印件加盖“与原件核对无误”印章 | （ ）是 | （ ）否 |
| **12** | 《中国残疾人证》复印件签署“此证真实有效”且加盖残联公章。 | （ ）是 | （ ）否 |
| **13** | 盲人平均工资高于本地区最低工资标准 | （ ）是 | （ ）否 |
| **三** | **申报机构是否达到昆明市盲人保健按摩机构备案条件** |
| **14** | 持有有效的《营业执照》 | （ ）是 | （ ）否 |
| **15** | 有固定的经营场所，经营面积不少于10平方米，至少有两张按摩床及相应的按摩所需用品； | （ ）是 | （ ）否 |
| **16** | 盲人按摩人员应当达到从业人员的25%以上； | （ ）是 | （ ）否 |
| **17** | 按摩场所设有必要的卫生清洗、消毒设施。 | （ ）是 | （ ）否 |
| 评审说明 |
| **评审实行一项否决制，**即17项评价指标中只要有一项被专家评审组审核为无或否，即为该机构本次申报评审不合格。 |
| 专家组评审意见 |
|   专家评审组全体成员签名：  年 月 日 |
| 备注：一个申报机构只需要出具一份专家评审表 |

附表4

**昆残项目规范文档**

昆明市盲人按摩行业扶持项目

检查验收报告

 **（保健机构类2019版）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **机构所在县（市）区** |  | **经办人** |  | **经办人****联系电话** |  |
| **机构名称** |  | **法定代表人（或经营者）姓名** |  |
| 评价指标体系 |
| **一** | 统一行业标识 |
| **1** | 按要求改造门头招牌 | （ ）是 | （ ）否 |
| **2** | 按照标准统一规范制作和使用盲人保健按摩标识 | （ ）是 | （ ）否 |
| 3 | 按照标准统一规范制作和使用工作人员一览表、胸卡和工作服 | （ ）是 | （ ）否 |
| 4 | 《营业执照》、《岗位职责》、《卫生制度》、《安全制度》等管理制度置于明处 | （ ）是 | （ ）否 |
| 二 | 品牌建设和品质提升 |
| 5 | 对经营场所进行亮化或美化建设，营造健康、温馨的养生环境 | （ ）是 | （ ）否 |
| 6 | 经营场所不与生活区混用 | （ ）是 | （ ）否 |
| 7 | 机构印制的服务项目不超出保健按摩的范畴 | （ ）是 | （ ）否 |
| 8 | 在门头或宣传栏上不使用明示或暗示治疗作用的文字 | （ ）是 | （ ）否 |
| 9 | 购置或更换按摩床、沙发，床罩、沙发罩（巾）等经营物品 | （ ）是 | （ ）否 |
| 10 | 购置消毒柜、清洁卫生等器具 | （ ）是 | （ ）否 |
| 11 | 配备消防器材 | （ ）是 | （ ）否 |
| 12 | 建议配备应急照明设备 | （ ）是 | （ ）否 |
| 13 | 其他建设和提升措施 | （ ）是 | （ ）否 |
| **三** | 县（市）区残联的档案管理 |
| 14 | 完善和保存机构参加规范化建设的纸质和电子档案资料，档案实行“一户一档”的管理制度； | （ ）有 | （ ）无 |
| 15 | 残联工作人员到经营场所实地察看机构情况，并采用多媒体形式，对机构材料和经营场地进行证据的提取和固定； | （ ）有 | （ ）无 |
| 16 | 盲人按摩机构参加规范化建设前和建设后的对比影像资料 | （ ）有 | （ ）无 |
| 17 | 县（市）区残联审定结果的公示材料 | （ ）有 | （ ）无 |
| 18 | 与机构签订规范化建设的合同或协议或其他形式的记录 | （ ）有 | （ ）无 |
| 19 | 按照有关财务管理制度建立项目经费台帐 | （ ）有 | （ ）无 |
| 四 | 其他需要检查的事项 |
|  |
| 检查验收说明 |
| 1.盲人按摩机构规范化建设不到位的，要按照有关要求进行整改；2.档案管理工作不到位的，县（市）区残联要进行补充和完善。 |
| 检查验收意见 |
|  验收检查人签名： 单位盖章（有则盖） 年 月 日 |
| 备注：本检查验收报告适用于专家验收、现场查验、整改和日常行业检查等情形 |