

广州市残疾人参加基本养老保险资助办法 (征求意见稿)

第一章 总则

第一条【立法依据】 为做好我市残疾人参加基本养老保险资助工作，进一步完善残疾人社会保障体系，根据《中华人民共和国残疾人保障法》、《广东省实施〈中华人民共和国残疾人保障法〉办法》等有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条【适用对象】 本办法适用于广州市户籍、持有效的《中华人民共和国残疾人证》、符合以下条件之一的人员：

(一)城乡居民基本养老保险实际缴费年限不足 15 年的人员。

(二)达到法定退休年龄时，企业职工基本养老保险实际缴费年限不足 15 年的人员。

第二章 资助政策

第三条【城乡居民基本养老保险资助】

城乡居民基本养老保险按年资助,至参保人累计缴费年限满 15 年当年为止。

参加城乡居民基本养老保险的残疾人,由政府按《广州市人民政府办公厅关于印发广州市城乡居民基本养老保险实施办法的通知》(穗府办规〔2021〕8 号)规定的第五档个人缴费标准(1800 元/年),对其个人缴费部分给予资助。残疾人选择按高于资助标准缴费的,超出部分的费用由个人承担。

残疾人申请城乡居民基本养老保险资助时,已自行缴纳过当年参保费用的,从下一年度开始资助。

本办法实施期间,我市城乡居民基本养老保险调整个人缴费标准的,本着不低于现行资助标准的原则,按照最接近的新标准给予资助。

第四条【企业职工基本养老保险资助】

企业职工基本养老保险按月资助,至参保人累计缴费月数达到 180 个月为止。

参加企业职工基本养老保险的残疾人,达到法定退休年龄时累计缴费不足 15 年,符合延缴、趸缴、一次性缴费等条件的,由政府按本市当年执行的灵活就业人员参加企业职工基本养老保险缴费基数下限和缴费比例,对计入统筹基金的缴费给予资助(计入个人账户的缴费由个人承担)。缴费基数

数和缴费比例以每年人力资源社会保障、税务等部门公布的数据为准。

第五条【政策衔接】 城乡居民基本养老保险参保资助与企业职工基本养老保险参保资助不能重复享受，残疾人仅能申请其中一种资助。

本办法规定的城乡居民基本养老保险参保资助与《广州市人民政府办公厅关于印发广州市城乡居民基本养老保险实施办法的通知》（穗府办规〔2021〕8号）第八条规定的困难群体政府代缴政策不能同时享受。同时符合以上两项政策的残疾人可自愿申请享受其中一项。

第六条【城乡居民基本养老保险资助流程】符合本办法资助参加城乡居民基本养老保险的人员，按以下流程申请参保资助。

（一）申请受理。个人可向户籍所属街（镇）残联窗口提出申请，也可以本人或委托代办人通过“广东政务服务网”自行申请。

（二）资格审核。各街（镇）残联窗口受理申请时，对材料不齐全或不符合规定的不予受理，并当场一次性告知申请人所需补正的全部材料；受理申请后，及时将申请信息录入广州市残疾人参加基本养老保险资助系统，上传相关资料附件。

街（镇）残联应在 5 个工作日内通过系统审核残疾人身份信息，初核残疾人城乡居民基本养老保险已缴费情况，计算资助时限，并将审核通过的残疾人《申请表》导出，提交给街（镇）社保经办机构。

（三）参保登记和资助核定。街（镇）社保经办机构收到《申请表》后，应在 5 个工作日内核查残疾人在本市参加城乡居民基本养老保险及已办理异地转入的参保缴费情况，核查通过后当月内结合街（镇）残联审核意见为个人办理参保登记和缴费资助核定，并将核查、办理结果反馈至街（镇）残联，由街（镇）残联通知申请人或代办人。

（四）资金划拨。市社会保险经办机构通过广州市政务信息共享平台推送资助残疾人参加城乡居民基本养老保险缴费数据，所需资助资金由市、区残联按本办法第十二条规定及时拨付到位。

残疾人城乡居民基本养老保险停保后续保，需按上述流程重新提出资助申请，经审核通过的可继续享受参保资助。

第七条【企业职工基本养老保险资助流程】 符合本办法资助参加企业职工基本养老保险的人员，采取“先交后补”的方式，对上一社保年度参保人计入统筹基金的基本养老保险缴费给予资助。

（一）**申请受理**。每年 7-9 月，符合条件的申请人可向户籍所属街（镇）残联窗口提出申请，也可以本人或委托代办人通过“广东政务服务网”自行申请。

（二）**资格审核**。各街（镇）残联窗口受理申请时，对材料不齐全或不符合规定的不予受理，并当场一次性告知申请人所需补正的全部材料；受理申请后，及时将申请信息录入广州市残疾人参加基本养老保险资助系统，上传相关资料附件。

街（镇）残联应在 5 个工作日内通过系统进行初审，并将初审结果提交区残联。区残联在 5 个工作日内完成审核，对审核不通过的人员应注明原因，并将审核结果反馈至街（镇）残联，由街（镇）残联通知申请人或代办人。

（三）**资金划拨**。区残联审核通过后，每年 11 月 30 日前按规定将资助金划入参保人提供的本人银行账号。

第八条【停止资助】资助对象有以下情况之一的，自情况发生的次月起停止资助。

- （一） 资助对象死亡或被宣告死亡、被宣告失踪的；
- （二） 资助对象户籍迁出广州市的；
- （三） 资助对象残疾人证过期、冻结、注销的；
- （四） 资助对象养老保险缴费年限达到本办法第三、四条规定的；
- （五） 资助对象依法被判处刑罚，且在监狱服刑的；

(六) 资助对象自愿申请停止资助的;

(七) 存在其他不再符合资助条件情形的。

城乡居民基本养老保险资助对象出现以上情形的, 街(镇)残联应及时将需停止资助的人员名单及《停止资助告知书》汇总提交至街(镇)社保经办机构。街(镇)级社保经办机构核实后对相关人员进行停止资助操作, 并将已停止资助人员名单反馈至街(镇)残联。

企业职工基本养老保险资助对象出现以上情形的, 街(镇)残联在初审时应认真核对可资助月数, 及时填写《停止资助告知书》通知参保人或其监护人。

第三章 信息公开

第九条【信息公开】 区残联负责将审核通过的资助对象信息在网络平台予以长期公开。城乡居民基本养老保险参保资助名单每年 3 月更新一次, 企业职工基本养老保险参保资助名单每年区残联审核通过后公开。街(镇)残联通过政务公开栏、村务公开栏、社区公开栏以及公共服务大厅等公开辖区内享受资助对象信息, 公示时间不少于 10 个工作日。公开内容包括残疾人姓名、资助类型、资助标准和资助起始月份等, 公开内容要保护残疾人隐私, 不得公开与资助审核无关的信息。

对公开内容有异议且能提供有效证明材料的，区残联自接到异议之日起 10 个工作日内，会同街(镇)残联、街(镇)社保经办机构重新调查核实，并将调查结果通过上述公开的形式予以公布。

第四章 资金管理

第十条【资金来源】 资助残疾人参加基本养老保险经费，按照残疾人户籍管理属地原则，由市、区财政按财政体制比例分担。

第十一条【资金划拨】 资助金采取预拨、清算相结合的划拨方式。残联部门做好资金预算、划拨、清算工作，财政部门做好资金保障工作，市社会保险经办机构做好城乡居民基本养老保险资助缴费的数据管理。

第十二条【城乡居民基本养老保险资金管理】

(一)资金预算。市残联根据各区残联上报的下年度预算计划，并参照往年市级资金清算数据，编制下年度市级资金预算。各区残联结合本区实际资助参保情况编制下年度区级资金预算。

(二)资金拨付。市、区两级残联将政府资助残疾人参加城乡居民基本养老保险资金分别列入部门预算。部门预算

批复后，市、区残联配合本级财政部门将所需资金划拨到广州市社会保障基金专户。

广州市社会保障基金专户账号信息为：

户名：广州市财政局社会保障基金专户

账号：440425010400031100000003002

银行名称：农业银行广州市流花支行。

（三）资金清算。每年3月31日前，区残联根据人力资源社会保障部门推送的资助残疾人参加城乡居民养老保险缴费数据做好上年度本区资助金的清算工作，并将资金清算表报送市残联。市残联根据各区上报数据做好上年度市级资金清算工作，并将清算结果纳入下一年度部门预算（多抵少补）。

第十三条 【企业职工基本养老保险资金管理】

（一）资金预算。区残联根据上年度资助的实际情况，向市残联申报下年度资助金预算。市残联根据各区上报的预算计划编制下年度市级资金预算，区级资金预算由各区残联编制。

（二）资金拨付。市财政局每年年初将市级企业职工基本养老保险资助金一般转移支付至各区，各区应配套相应区级资金，用于支付资助金。

（三）资金清算。每年3月31日前，区残联根据上年度资助的实际情况，做好本区资金清算工作，并将资金清算

表报送市残联，由市残联根据各区上报数据做好上年度市级资金清算工作。

第五章 附则

第十四条【监督管理】 各级残联、人力资源社会保障、税务和财政部门应自觉接受审计、监察等部门和社会的监督。资助残疾人参加基本养老保险资金必须专款专用、专账核算，不得以任何形式挤占、截留、滞留和挪用。

残疾人采取虚报、隐瞒、伪造等手段，骗取资助参保资金的，由残联部门联合人力资源社会保障部门核实后停止资助，并追回非法获取的资助参保资金，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

残疾人出现第八条规定的情形未及时停止资助，或因异地转入参保缴费导致多资助的，由街（镇）残联告知残疾人需退回的不符合资助，并参照第八条停止资助流程提交给街（镇）社保经办机构处理。

第十五条 本办法自印发之日起实施，有效期五年。《广州市残联等五部门关于资助残疾人参加基本养老保险有关问题的通知》（穗残联规字〔2021〕2号）同时废止。

- 附件: 1. 广州市残疾人参加城乡居民基本养老保险资助申请表
2. 广州市残疾人参加企业职工基本养老保险资助申请表
3. 停止资助告知书

附件 1

广州市残疾人参加城乡居民基本养老保险资助申请表

编号:

姓名		性别	
身份证号		残疾人证号	
户籍街(镇)		联系电话	
家庭住址			
开户银行		缴费账户(号)	
本人申请 (或受托人、监护人)	缴费方式	☐ 个人缴费 (目前资助标准为第 5 档, 选择高于资助标准的缴费档次, 超出部分需个人承担) ☐ 5 档 1800 元/年 ☐ 6 档 3600 元/年 ☐ 7 档 4800 元/年 ☐ 集体经济组织补助 (如申请人无集体经济组织, 或集体经济组织无补助的, 需个人承担此项费用, 可不选。) ☐ 1 档 360 元/年 ☐ 2 档 600 元/年 ☐ 3 档 900 元/年 ☐ 4 档 1200 元/年 ☐ 5 档 1800 元/年 ☐ 6 档 3600 元/年 ☐ 7 档 4800 元/年	
	缴费类型	☐ 按年缴费 ☐ 一次性缴费 (年满 65 周岁仍未达到规定缴费年限的, 才可以一次性缴纳养老保险费)	
	本人申请按照上述缴费方式和缴费类型参加城乡居民基本养老保险, 并申请相应资助。 本人承诺没有异地未转入的参保缴费, 未正在异地参加基本养老保险或享受基本养老保险待遇。 根据《办法》规定, 为避免重复资助, 申请城乡居民基本养老保险缴费资助的, 将不能再申请企业职工基本养老保险缴费资助, 本人清楚以上规定并承诺不再申请企业职工基本养老保险缴费资助。 本人承诺申请资助所提供的信息属实, 且自愿承担由此产生的法律责任。		
	申请人(签字或指模、印鉴): _____ 受托人/监护人: _____ 年 月 日		
街(镇)残联意见	经初核, 申请人 (☐是/☐非) 本市户籍持证残疾人, 已缴纳城乡居民基本养老保险____年____个月 (最终缴费情况以社保经办机构核实结果为准), (☐可以/☐不可以) 申请城乡居民基本养老保险缴费资助, 最多可资助____年。 经办人: _____ 年 月 日(盖章)		
街(镇)级社保经办机构核实意见	经核实, 申请人已缴纳城乡居民基本养老保险____年____个月, 申请人按规定 (☐可办理/☐不能办理) 上述 (☐按年缴费/☐一次性缴费业务), 经办人: _____ 年 月 日(盖章)		

广州市残疾人参加企业职工基本养老保险资助申请表

编号:

姓名		性别	
身份证号		残疾人证号	
户籍街(镇)		联系电话	
家庭住址			
开户银行		收款账户(号)	
本人申请(或受托人, 监护人)	本人已缴纳本市企业职工基本养老保险_____月(不含本次申请资助的月数)。_____年7月至_____年6月期间(上一社保年度内), 按规定缴纳企业职工基本养老保险_____个月, 费用共_____元, 其中: ☐按月延缴_____个月, 缴纳费用_____元; ☐趸缴_____个月, 缴纳费用_____元; ☐一次性缴费_____个月, 缴纳费用_____元。 现申请企业职工基本养老保险资助。 本人承诺没有异地未转入的参保缴费, 未正在异地参加基本养老保险或享受基本养老保险待遇。 根据《办法》规定, 为避免重复资助, 申请企业职工基本养老保险缴费资助的, 将不能再申请城乡居民基本养老保险缴费资助, 本人清楚以上规定并承诺不再申请城乡居民基本养老保险缴费资助。 本人承诺申请资助所提供的信息属实, 且自愿承担由此产生的法律责任。 申请人(签字或指模、印鉴): _____ 受托人/监护人: _____ _____年 _____月 _____日		
街镇残联意见	经核查, 申请人(☐是/☐非)本市户籍持证残疾, (本次申请资助之前)已缴纳企业职工基本养老保险_____月。本次申请依政策(☐可以/☐不可以)享受资助, 资助时限_____月。 经办人: _____ 负责人: _____ _____年 _____月 _____日(盖章)		
区级残联意见	经核实, (☐同意/☐不同意)本次资助申请。按_____元/月标准资助_____个月。具体资助明细如下: ☐按月延缴_____个月, 单位部分实际缴费_____元, 同意资助_____元; ☐趸缴_____个月, 单位部分实际缴费_____元, 同意资助_____元; ☐一次性缴费_____个月, 单位部分实际缴费_____元, 同意资助_____元; 资助总金额_____元(金额大写: ¥_____万 _____仟 _____佰 _____拾 _____元 _____角 _____分)。 经办人: _____ 负责人: _____ _____年 _____月 _____日(盖章)		

停止资助告知书

尊敬的参保人（监护人）_____：

参保人申请的 ☐ 城乡居民基本养老保险 ☐ 企业职工基本养老保险 缴费资助，目前累计已享受资助_____年_____个月。截止_____年_____月，因参保人出现以下情况：

1. ☐ 资助期满 15 年（累计缴费年限达_____年_____个月）
2. ☐ 残疾人证过期、冻结、注销
3. ☐ 户籍迁出广州
4. ☐ 死亡/被宣告死亡
5. ☐ 被宣告失踪、
6. ☐ 被判处刑罚且在监狱服刑
7. ☐ 自愿申请停止资助_
8. ☐ 其他_____

现根据穗残联〔 〕 号的相关规定，特告知您，从_____年_____月起，残联将停止 ☐ 城乡居民基本养老保险 ☐ 企业职工基本养老保险 缴费资助。

单位（盖章）：

年 月 日

参保人（监护人）☐ 已收停止资助告知书

☐ 因_____拒绝或未当面签收，已将本告知书留在参保人住所，由送达人、见证人签名，并采用拍照、录像等方式记录送达过程。

参保人（监护人）签名：

送达人签名：

见证人签名：

年 月 日