附件1

**申报资料真实性承诺书**

 （用人单位）郑重承诺：

在办理××××年度按比例安排残疾人就业审核认定事项中所提交的下列材料真实、有效，复印件与原件一致。如有隐瞒或提供的材料虚假，愿意承担一切法律后果。

□用人单位信息；

□ 年安排就业的残疾人信息；

□劳动合同/残疾人在编证明；

□发放给残疾人的工资信息；

□残疾人参保缴费信息

□××××××××××××

 用人单位名称（章）

 法定代表人或授权经办人签名:

 年 月 日

附件2

**受理通知书**

 受理单号：

×××××（用人单位名称）：

现收到你单位申报办理的××××年度按比例安排残疾人就业审核事项所送申报材料××项（附材料目录）。经审査，所送申报材料齐全，符合规定形式，予以受理。本 承诺在××个工作日内办结。

特此告知！

经办人：××× 联系电话：\*\*\*\*\*\*\*

监督投诉电话：\*\*\*\*\*\*\*

审核机构名称（章）

 ××××年 月 日

注：本通知书仅作为受理证明，与审核认定结果无必然联系。

附件3

**材料补正通知书**

×××××（用人单位名称）：

你单位申报办理××××年度按比例安排残疾人就业审核事项，提交申报材料××项。经审查，需补齐材料 项（1. ××××× 2. ××××× 3. ×××××），修正材料 项（1. ××××× 2. ××××× 3. ×××××）。

请将上述材料补正，并于 月 日前重新办理申报。

特此告知。

 联系电话： 联系人：

 审核机构名称（章）

 ××××年 月 日

附件4

**“川渝通办”流程图**

审核机构发出审核认定公告

用人单位提出申报

（提交申请材料）

转用人单位纳税地进行系统申报

未选择用人单位

纳税所在地服务窗口

申报系统未选择

用人单位纳税所在地

线上申报

现场申报

邮寄至当地审核机构办理

或指导申请人进行线上申报

材料不符合要求

材料符合要求

一次性告知

补正材料内容

受理

审核机构审核

审核未通过

审核通过

当场或在受理之日起20日内

作出审核认定，生成审核认定书

告知用人单位在规定时限内提交陈述申辩材料

办结归档

认定数据共享给

本地征收机关

送达办理结果（系统自助打印、邮寄送达、窗口领取）

附件5

**陈述申辩告知书**

 ：

你单位申报办理的××××年度按比例安排残疾人就业审核事项。经初步审核，×××因 （事实）、×××因 （事实），本 认为达不到认定条件。如有异议，请于 年 月 日前向本 提交陈述申辩材料。逾期未提交的，视为放弃陈述、申辩。

特此告知。

 联系电话： 联系人：

 审核机构名称（章）

 ××××年 月 日

附件6

**按比例安排残疾人就业审核认定书**

 编号:

用人单位：

统一社会信用代码号：

机构社保代码：

法定代表人：

你单位申报认定       年度按比例安排残疾人就业 人。依据××××××××（政府规章、规范性文件)第××条、×××××××××（政府规章、规范性文件)第××规定，经审核，予以认定                人（可以不是整数）、不予认定 人。

不予认定具体情况如下：

姓名：\*\*\* 残疾证（残疾军人证）：\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

理由：（如实际发放给残疾人的工资低于本县最低工资标准/经查实，所持残疾人证为无效证件）

姓名：\*\*\* 残疾证（残疾军人证）：\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

不予认定时段：（20 年 月—— 月）

不予认定理由：（如20 年 月—— 月未按规定缴纳社会保险）

如对本认定结论有异议，可以在收到认定书之日起五个工作日内向本 申请复核。

 审核人：\*\*\*\*\*\*

审核机构名称（章）

 ××××年 月 日

附注：用人单位在向税务机关申报缴纳残疾人就业保障

金时请出示本认定书