

济南市残疾人联合会
济南市财政局
济南市卫生健康委员会
济南市中医药管理局

文件

济残联〔2022〕4号

**关于促进盲人就业
推动济南市盲人按摩工作高质量发展的实施意见**

各区县残联、财政局、卫生健康局、中医药管理局，高新区、南部山区、起步区管委会有关部门：

为巩固脱贫攻坚成果，持续推动盲人就业，促进全市盲人按摩行业健康规范发展，实现盲人群体共建共享社会发展成果，不断满足盲人对美好生活的期盼，结合我市盲人按摩行业实际情况，制定本实施意见。

一、安置盲人按摩人员就业扶持

(一) 扶持范围

在本市行政区域内，取得《营业执照》或《医疗机构执业许可证》的按摩机构。

(二) 就业扶持条件

1. 按摩机构稳定经营一年及以上；
2. 从业的盲人按摩人员须具备本市户籍或申领本市居住证，在按摩机构稳定就业六个月以上，且用工信息在区县残联备案，其月平均工资不低于本市上一年最低工资标准；
3. 经营场所规范且卫生情况达标；
4. 按摩机构在当地无不良按摩服务记录，未发生消防、卫生、技术等事故，无投诉，未因违法经营受行政处罚。

(三) 扶持标准及资金来源

每安置一名符合条件的盲人按摩人员就业，每年给予机构1万元的资金扶持。各项资金由残疾人就业保障金列支。其中，历下区、市中区、槐荫区、天桥区、历城区、高新区、南部山区管委会按照返还残保金给予补助；莱芜区、钢城区、长清区、章丘区、济阳区、平阴县、商河县、起步区按照市与区县6：4比例分担。

(四) 申报材料及流程

1. 申报材料

- (1) 《济南市盲人按摩人员就业扶持资金申请表》；

(2) 《营业执照》或《医疗机构执业许可证》;

(3) 《济南市按摩机构盲人按摩人员花名册》;

(4) 盲人按摩人员工资发放凭证;

(5) 盲人按摩人员有效残疾人证，非本市户籍的需提供居住证，在盲人医疗按摩机构从业的还需提供《盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书》等相关从医资格证明。

首次申报就业扶持资金时应提供完备材料，自次年起若机构、人员信息无变化的只提供材料 (1) (3) (4)。个人执业的，只须提供材料 (1) (2) (5)。

2. 申报流程

(1) 按摩机构须每年向机构所在镇（办）残联提出申请并填写《济南市盲人按摩人员就业扶持资金申请表》，准备相关申报材料；

(2) 区县残联负责材料审核，实地核实机构情况、核实新增盲人按摩人员的就业情况，做好记录和备案；

(3) 对符合条件的按摩机构，进行不少于5个工作日的公示；

(4) 5月15日前，区县残联将机构信息、申报材料，上传智慧残联平台，生成《济南市盲人按摩人员就业扶持汇总表》报送市盲人按摩指导中心行业管理部进行备案；

(5) 济南市盲人按摩指导中心将全市按摩机构汇总后，报市残联审批，对符合条件的机构确定扶持资金，公示无异

议后及时发放。

二、医疗卫生机构安置盲人医疗按摩人员就业资金扶持

(一) 扶持范围

全市正式招录（聘）取得《盲人医疗按摩人员从事盲人医疗按摩资格证书》的盲人医疗按摩人员就业的公立综合医院、中医医院（含中西医结合、民族医医院）、专科医院、基层医疗卫生机构，盲人医疗按摩所（诊所）。

(二) 扶持条件

1. 医疗卫生机构应依法与盲人医疗按摩人员签订一年及以上劳动合同，在医疗卫生机构稳定就业六个月以上，为其发放的月平均工资不得低于本市上一年度最低工资标准，并依规为其缴纳社保。

2. 盲人医疗按摩人员应当按照规定的诊疗科目执业，不得开展盲人医疗按摩以外的医疗、预防、保健活动。在医疗卫生机构开展盲人医疗按摩活动应在执业医师指导下进行。

(三) 扶持标准及资金来源

每安置一名盲人医疗按摩人员就业，每年给予机构 1.5 万元资金扶持。用于医疗卫生机构的无障碍设施改造、设备购置、盲人医疗按摩人员社保补贴等。各项资金由残疾人就业保障金列支。其中，历下区、市中区、槐荫区、天桥区、历城区、高新区、南部山区管委会按照返还残保金给予

补助；莱芜区、钢城区、长清区、章丘区、济阳区、平阴县、商河县、起步区按照市与区县6：4比例分担。

（四）申报材料及流程

1. 申报材料

（1）《济南市医疗卫生机构安置盲人医疗按摩人员扶持资金申请表》；

（2）《济南市医疗卫生机构安置盲人医疗按摩人员花名册》；

（3）《医疗机构执业许可证》；

（4）《盲人医疗按摩人员从事盲人医疗按摩资格证书》；

（5）劳动合同、上一年度工资发放凭证及养老保险个人账户对账单。

首次申报时应提供完备材料，自次年起的若机构、人员信息无变化的只提供材料（1）、（2）、（5）。

2. 申报流程

（1）医疗卫生机构将申报材料提交卫生主管部门审核盖章后，报机构所在辖区残联，区县残联将机构信息、申报材料，上传智慧残联平台，生成《济南市医疗卫生机构安置盲人医疗按摩人员扶持汇总表》，5月15日前集中报送市盲人按摩指导中心行业管理部进行审核；

（2）济南市盲人按摩指导中心审核后，报市残联审批，对符合条件的医疗卫生机构确定扶持资金，公示无异议后及

时发放。

(五) 相关要求

1. 各级卫生主管部门应鼓励医疗卫生机构积极聘用盲人医疗按摩人员就业，鼓励建立盲人医疗按摩人员实习实训基地，完善与之相配套的实习实训制度。

2. 市残联及各县区残联负责向医疗卫生机构推荐盲人医疗按摩人员。

3. 盲人医疗按摩人员在职称评定、劳动报酬、社会福利等方面与健全职工享有同等待遇。

三、盲人按摩标准化建设和品牌化打造

(一) 扶持范围

在本市行政区域内取得《营业执照》的盲人保健按摩机构或取得《医疗机构执业许可证》的盲人医疗按摩机构（以下统称为按摩机构）。

(二) 扶持条件

1. 从业人员中盲人按摩人员必须达到按摩师总数的 25%；

2. 按摩机构在当地无不良按摩服务记录，未发生消防、卫生、技术等事故，无投诉，未因违法经营受行政处罚。

(三) 扶持标准及资金来源

对参与标准化建设的盲人按摩机构进行一次性打造。按摩机构安置盲人按摩人员 1—2 人的，按照 2 万元标准打造；

安置盲人按摩人员 3 人及以上的，按照 4 万元标准打造。参与标准化建设和品牌化打造的盲人按摩机构，从次年起进行考核，考核合格的按照每安置一名盲人按摩人员 3000 元的标准配发资金，用于标准化提升，购置统一服装、按摩用品、开展人员培训交流等。

一次性打造资金由市级残疾人就业保障金列支。市盲人按摩指导中心统一申请、统一招标，各区县具体落实。配发资金由残疾人就业保障金列支。其中，历下区、市中区、槐荫区、天桥区、历城区、高新区、南部山区管委会按照返还残保金给予补助；莱芜区、钢城区、长清区、章丘区、济阳区、平阴县、商河县、起步区按照市与区县 6：4 比例分担。

（四）机构编号

对我市参与标准化建设的按摩机构进行统一编号。盲人保健按摩机构统一编号“鲁盲按 BAXX—001”，盲人医疗按摩机构统一编号“鲁盲按 YAXX—001”。大写字母“B”代表“保健按摩”、“Y”代表“医疗按摩”；大写字母“A”代表济南市；“XX”用阿拉伯数字代表所在区县：历下区 01、市中区 02、槐荫区 03、天桥区 04、历城区 05、长清区 06、章丘区 07、济阳区 08、莱芜区 09、钢城区 10、平阴县 11、商河县 12、高新区 13、南部山区 14、起步区 15；“001”代表门店序号，由所在区县按摩机构备案顺序自行往下编制。

（五）申报材料及流程

1. 申报材料

（1）《济南市盲人按摩标准化建设和品牌化打造申请表》；

（2）《营业执照》或《医疗机构执业许可证》；

（3）法定代表人（负责人）的有效残疾人证，法定代表人（负责人）是健全人的提供身份证；

（4）《济南市按摩机构盲人按摩人员花名册》；

（5）盲人按摩人员有效残疾人证，盲人医疗按摩机构从业人员还需提供《盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书》等相关从业证明。

首次申报时应提供完备材料。自次年起，若机构、人员信息无变化的申请补贴资金时只需提供材料（1）（4）。

2. 申报流程

（1）按摩机构须每年向机构所在街道（镇）残联提出申请并填写《济南市盲人按摩标准化建设和品牌化打造申请表》，准备相关申报材料；

（2）区县残联负责材料审核，实地核实机构情况、核实新增盲人按摩人员的就业情况并做好相关记录；

（3）对符合条件的按摩机构，进行不少于5个工作日的公示；

（4）公示期满，由机构负责人与区县残联签订协议书；

(5) 4月15日前，区县残联将机构信息、申报材料，上传智慧残联平台，生成《济南市盲人按摩标准化建设和品牌化打造机构汇总表》报送市盲人按摩指导中心行业管理部进行备案。

(6) 市盲人按摩指导中心对全市参与标准化建设的按摩机构进行汇总并公示，公示无异议后按照标准由区县残联监督机构进行打造；

(7) 4月底之前，各区县残联对辖区内参与上一年度标准化建设的按摩机构进行考核，考核设合格、不合格两个等级，考核不合格者，责令限期15日整改，整改后仍不合格者，撤销标准化建设资格，对考核合格的按摩机构填写《济南市盲人按摩标准化建设和品牌化打造申请表》，于5月15日前上传智慧残联平台，申请专项补贴资金。

四、监督与管理

(一) 按摩机构与盲人按摩人员签订或解除用工协议要在次月底前将用工信息、用工协议报送各区县残联备案。机构应据实申报，不得弄虚作假骗取资金。对违反规定的行为，一经发现，将列入黑名单，不再给予任何扶持。

(二) 区县残联每半年对辖区内的按摩机构走访一次，了解机构的经营状况，对发现的问题及时责令机构进行整改。做好新增就业盲人按摩人员残疾人证、用工协议等材料的留档工作，实时掌握他们的备案信息。

(三) 各部门要按规定履行审批程序，认真审核各项上报材料，不偏不倚，不徇私舞弊。审核结果及时向社会公示。

(四) 市盲人按摩指导中心对我市按摩机构实行抽查机制，听取机构负责人的反馈意见并对各区县进行业务指导，确保扶持政策执行。根据工作开展情况，适时对扶持资金使用管理、项目完成和实施效果开展评估。

五、其他事项

本意见自签订日期起生效，《关于促进盲人医疗按摩人员进入医疗卫生机构就业的实施意见》（济残联〔2017〕13号）、《关于济南市盲人按摩行业扶持的实施意见》（济残联〔2018〕56号）同时废止。第一、二项扶持与超比例安排残疾人就业奖励不能同时享受。

- 附件：1. 济南市盲人按摩人员就业扶持资金申请表
2. 济南市按摩机构盲人按摩人员花名册
3. 济南市医疗卫生机构安置盲人医疗按摩人员扶持资金申请表
4. 济南市医疗卫生机构安置盲人医疗按摩人员花名册
5. 济南市盲人按摩标准化建设和品牌化打造申请表



济南市残疾人联合会



济南市财政局



济南市卫生健康委员会



济南市中医药管理局

2022年1月26日

附件 1

济南市盲人按摩人员就业扶持资金申请表

填报单位（公章）：

填表日期： 年 月 日

机构名称					
开办人		联系电话			
身份证号		残疾人证号			
经营地址					
营业执照注册号 (统一社会信用代码)		登记机关		注册时间	
医疗机构执业 许可证登记号		登记机关		有效期限	
经营面积	(m ²)	经营场所	租赁 <input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/>		
按摩床位	(张)	足疗沙发	(张)	盲人按摩人员 人数	(人)
管理制度	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	卫生制度	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>		
消毒设备	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	消防设施	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>		
<p>申请人诚信承诺书</p> <p>本人承诺所提报材料真实有效，如有弄虚作假，将不再享受任何扶持。</p> <p>法定代表人（签字、手印）：</p>					
<p>街道（镇）残联意见：</p> <p>经审核，该机构安置盲人按摩人员_____人，申请扶持资金_____元。</p> <p>审核人：</p> <p style="text-align: right;">（公章） 年 月 日</p>			<p>区县残联意见：</p> <p>经审核，符合《关于促进盲人就业推动济南市盲人按摩工作高质量发展的实施意见》，同意给予扶持资金_____元。</p> <p>审核人：</p> <p style="text-align: right;">（公章） 年 月 日</p>		

附件 2

济南市按摩机构盲人按摩人员花名册

填报日期： 年 月 日

填报单位（公章）：

序号	姓名	性别	残疾人证号	备案时间	盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书编号	联系电话

填表人：

附件 3

济南市医疗卫生机构安置盲人医疗按摩人员 扶持资金申请表

填报单位（公章）：

填表日期： 年 月 日

医疗机构名称		机构等级	
地 址		联系电话	
医疗机构执业 许可证登记号		发证机关	
发证时间		盲人医疗按摩 人员人数	(人)
卫生主管部门意见： <p style="text-align: right;">（公章） 年 月 日</p>			
区县残疾人联合会意见： 经审核，符合《关于促进盲人就业推动济南市盲人按摩工作高质量发展的实施意见》，同意给予扶持资金_____元。 <p style="text-align: right;">（公章） 年 月 日</p>			

附件 4

济南市医疗卫生机构安置盲人医疗按摩人员花名册

填报单位 (公章): _____ 填表日期: _____ 年 ____ 月 ____ 日

序号	姓名	性别	户籍	残疾人证号	盲人医疗按摩人员 从事医疗按摩资格 证书编号	入职时间	社保个人编号	联系电话

填表人:

附件 5

济南市盲人按摩标准化建设和品牌化打造申请表

申请单位（公章）：

填表日期： 年 月 日

机构名称					
法定代表人 (负责人)			机构地址		
联系电话			残疾人证号 (身份证号)		
营业执照注册号 (统一社会信用代码)			登记机关	注册时间	
医疗机构执业 许可证登记号			登记机关	有效期限	
经营面积	(m ²)	按摩床位	(张)	足疗沙发	(张)
从业人员	(人)	盲人按摩 人员 人数	(人)	盲人按摩 人员比例	
管理制度	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>		卫生制度	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	
消毒设备	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>		消防设施	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	
申请表用途	<input type="checkbox"/> 打造申请 <input type="checkbox"/> 配发资金申请 申请资金()元				
<p>申请人诚信承诺书</p> <p>本人承诺所提报材料真实有效，如有弄虚作假，自愿承担改造费用。</p> <p style="text-align: right;">法定代表人（签字、手印）： 年 月 日</p>					
街道（镇）残联意见：			区县残联意见：		
审核人：			审核人：		
(公章) 年 月 日			(公章) 年 月 日		

济南市残疾人联合会办公室

2022年1月26日印发