



بسمه تعالی

دستورالعمل

فرایند پرداخت و نظارت تسهیلات خوداشتغالی و کارفرمایی

مرکز مشارکتهای مردمی، موسسات غیردولتی و توانمندسازی و امورمجلس

دبیرخانه اشتغال و کارآفرینی

مردادماه ۱۴۰۱

ردیف	نمرت	شماره صفحه
۱	فرایند پرداخت تسهیلات خود اشتغالی	۳-۱
۲	فلوچارت تسهیلات خود اشتغالی	۵-۴
۳	ضمانم و فرمهای تسهیلات خود اشتغالی	۱۱-۶
۴	فرایند پرداخت تسهیلات کارفرمایی	۱۴-۱۲
۵	فلوچارت تسهیلات کارفرمایی	۱۷-۱۵
۶	ضمانم و فرمهای تسهیلات کارفرمایی	۲۹-۱۸
۷	نظارت بر طرح های اشتغال و ضمانم مربوطه	۳۵-۳۰

اعضاء کارگروه تدوین دستورالعمل فرآیند پرداخت و نظارت تسهیلات خود اشتغالی و کارفرمایی

ردیف	نام استان	نام و نام خانوادگی اعضای شرکت کننده در کارگروه
۱	ستاد بهزیستی کشور	آقای دکتر امیرحسین عرب زاده-رئیس مرکز مشارکتهای مردمی، موسسات غیردولتی و توانمندسازی آقای سیدمحمدحسن صافی- رئیس دبیرخانه اشتغال و کارآفرینی جناب آقای قاسم قربانیان- معاون دبیرخانه اشتغال و کارآفرینی سرکارخانم مزگان اعوانی- کارشناس اشتغال و کارآفرینی سرکارخانم سیده مریم امیری فر- کارشناس اشتغال و کارآفرینی جناب آقای محمدرضا ثابت- کارشناس اشتغال و کارآفرینی سرکارخانم شفیقه حافظی- کارشناس اشتغال و کارآفرینی
۲	آذربایجان شرقی	جناب آقای فرهاد سقا زاده- کارشناس مسئول اشتغال و کارآفرینی
۳	تهران	سرکار خانم مینا رجایی- کارشناس مسئول اشتغال و کارآفرینی
۴	خراسان رضوی	سرکار خانم مهوش باغیشنی- کارشناس مسئول اشتغال و کارآفرینی
۵	فارس	سرکار خانم رویا نیک اندیش- کارشناس مسئول اشتغال و کارآفرینی سرکارخانم زهرا گودرزی- کارشناس اشتغال و کارآفرینی
۶	مازندران	جناب آقای سیدحسین کاظمی- کارشناس مسئول اشتغال و کارآفرینی

فرایند پرداخت تسهیلات خود اشتغالی

شرایط لازم جهت بهره مندی از تسهیلات خوداشتغالی

- کلیه افراد تحت پوشش که واجد شرایط اشتغال باشند .
- تبصره :سن متقاضی تسهیلات اشتغالزایی می بایست بین ۱۸ تا ۶۰ سال باشد .
- پرداخت تسهیلات به اعضای خانواده افراد دارای معلولیت که کفالت و قیمومیت داشته باشند به شرط غیر قابل بازتوان بودن فرد معلول بلامانع است .
- فرزند زن سرپرست خانوار غیر قابل بازتوان حوزه اجتماعی به شرط داشتن شرایط اشتغال و کفالت یا قیمومیت می تواند از تسهیلات اشتغال بهره مند گردد.
- تبصره: پرداخت تسهیلات در موارد خاص به پیشنهاد مددکار و تأیید کمیته اشتغال بلامانع است.
- پرداخت تسهیلات توسعه ای از محل سایر تسهیلات غیر تکلیفی (مثل تسهیلات وجوه اداره شده ، منابع داخلی و...) به شرط پایداری شغل بلامانع است. (پرداخت همزمان تسهیلات تبصره ۱۶ و ۱۸ امکان پذیر نمی باشد و می بایست تسهیلات تبصره ۱۶ تسویه گردیده باشد)
- پرداخت تسهیلات توسعه ای از محل تسهیلات تکلیفی با حفظ سقف سرانه همان سال بلامانع است .
- پرداخت تسهیلات مجدد به طرح های کارفرمایی و خوداشتغالی که در سال جاری موفق به اخذ تسهیلات گردیده اند در صورت افزایش سرانه تسهیلات تا سقف مصوب در همان سال بلامانع می باشد.

فرایند اخذ تسهیلات خوداشتغالی همراه با مدارک لازم

- ارسال پرونده آماده سازی شغلی تأیید شده مددجو توسط کارشناس تخصصی شهرستان و تحویل به کارشناس اشتغال شهرستان
- بررسی پرونده آماده سازی شغلی شده مددجو توسط کارشناس اشتغال بر اساس دستورالعمل آماده سازی شغلی
- طرح پرونده های آماده سازی شغلی مددجویان متقاضی تسهیلات در کمیته اشتغال و با حضور نصف بعلاوه یک اعضاء

تبصره ۱: حداکثر زمان بررسی و تعیین تکلیف درخواست متقاضی پس از تکمیل پرونده از سوی متقاضی ۱۵ روز کاری می باشد .

تبصره ۲: حضور ریاست شهرستان ، کارشناس حوزه تخصصی و کارشناس اشتغال در جلسه کمیته اشتغال شهرستان الزامی است .

- در صورت تأیید کمیته اشتغال ، پرونده جهت فراخوان مددجو تحویل کارشناس اشتغال می شود .

- اعلام شرایط و ضوابط اخذ تسهیلات و معرفی به بانک توسط کارشناس اشتغال

- بازدید و ارزیابی طرح اشتغال توسط کارشناس اشتغال شهرستان

- ثبت اطلاعات در سامانه اشتغال یافتگان توسط کارشناس اشتغال شهرستان

- ارسال اطلاعات افراد دریافت کننده تسهیلات به حوزه های تخصصی جهت ثبت در سامانه های مددجویی مستندات مورد نیاز جهت درج در پرونده متقاضی وام :

- درخواست کتبی متقاضی براساس فرم شماره ۱

- تصویر برابر با اصل مدارک شناسایی متقاضی (کارت معافیت یا پایان خدمت ، کارت ملی)

- تأییدیه حوزه تخصصی مبنی بر تحت پوشش بودن فرد و ارائه مستندات آماده سازی شغلی همراه با فرم های تکمیل و تأیید شده آماده سازی شغلی

- تصویر برابر با اصل مدارک شغلی متقاضی

- برای ولی قهری یا قانونی نیازی به تکمیل فرم های آماده سازی شغلی نیست .

- گزارش بازدید اولیه توسط مددکار / کارشناس حوزه تخصصی برابر درخواست ارائه شده

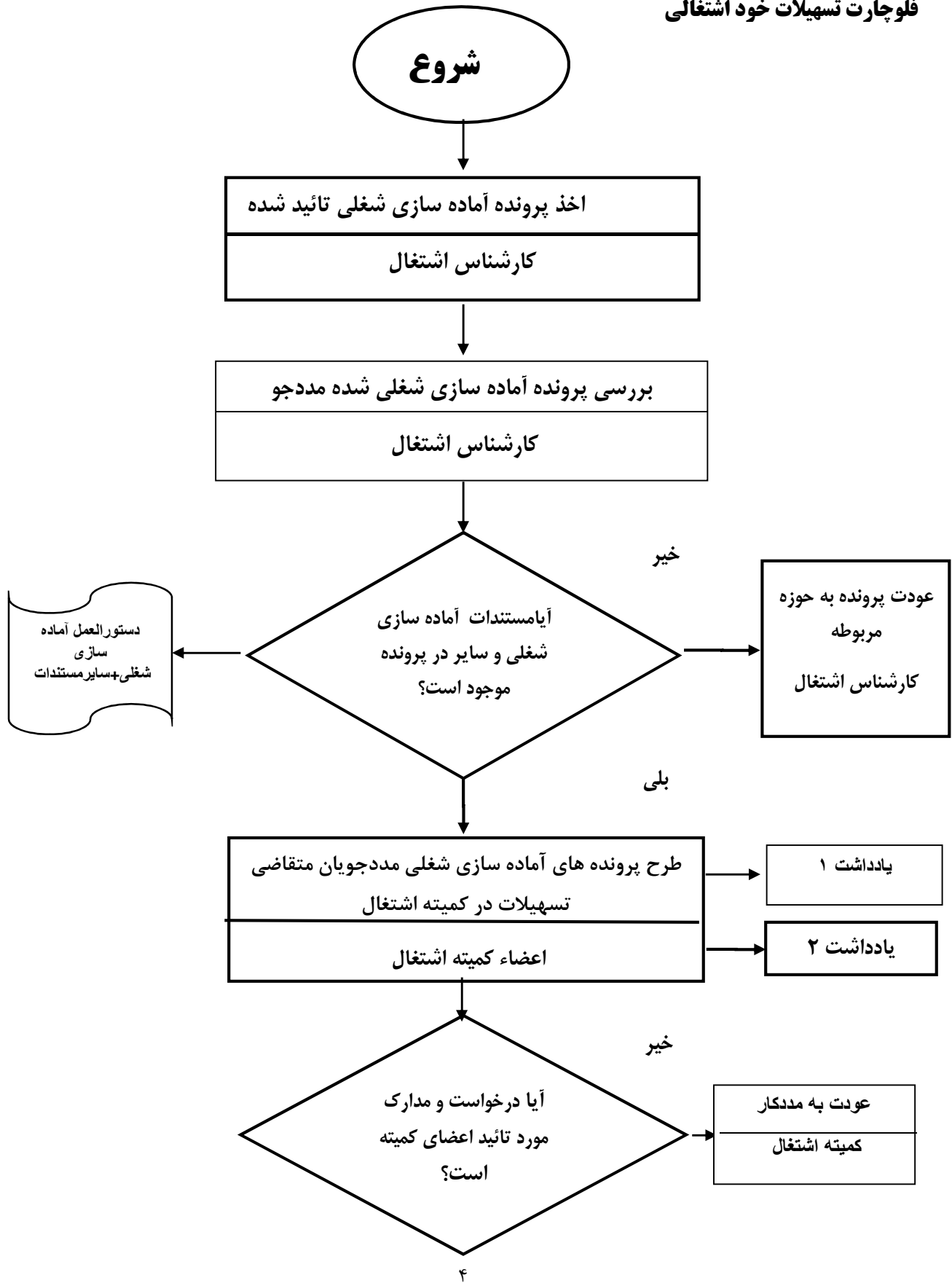
- صورت جلسه کمیته اشتغال

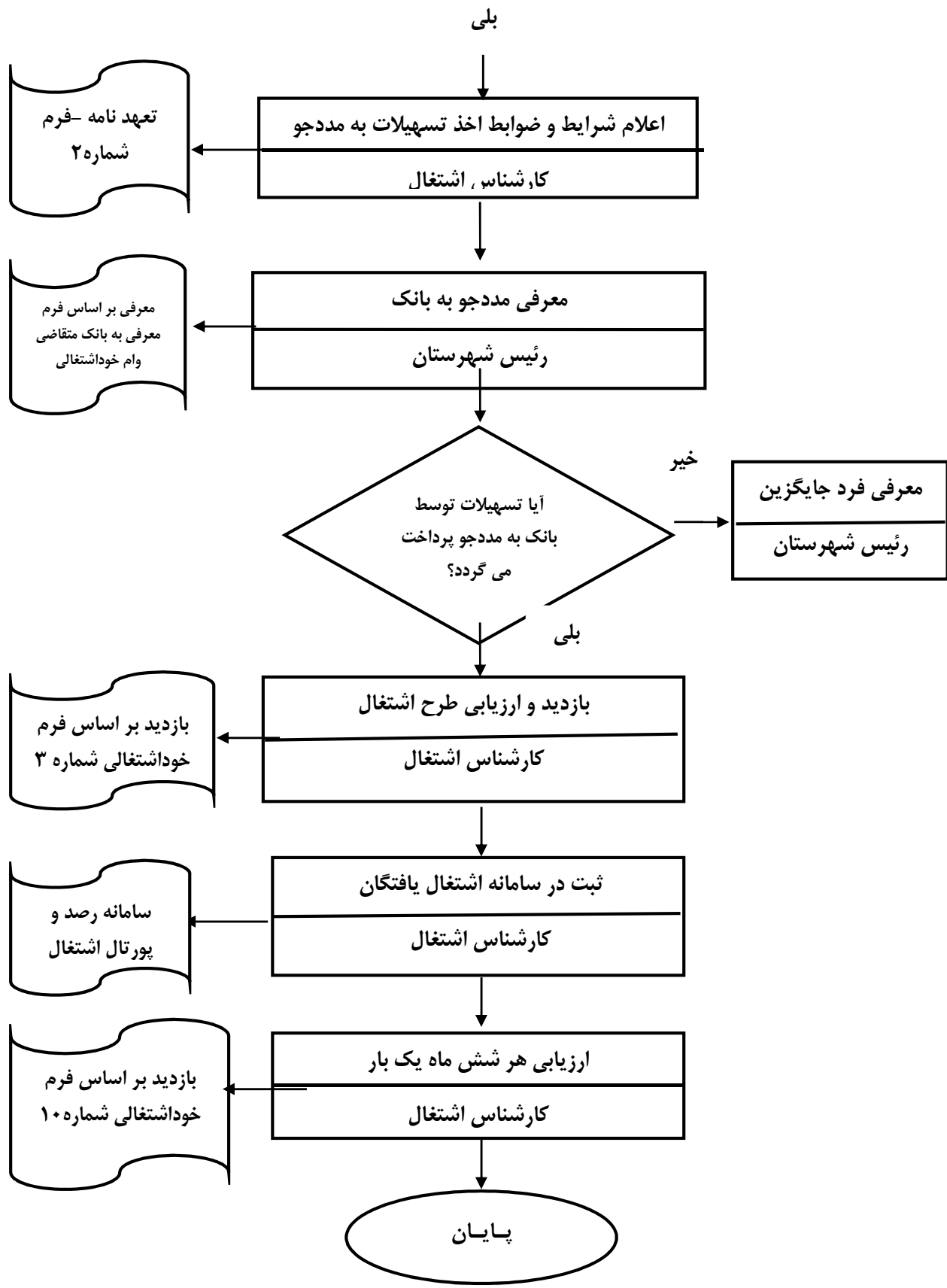
- یک نسخه از معرفی نامه متقاضی تأیید شده به بانک که در سیستم اتوماسیون اداری ثبت شده باشد .

یادداشت ۱: حداکثر زمان بررسی و تعیین تکلیف درخواست متقاضی پس از تکمیل پرونده از سوی متقاضی ۱۵ روز کاری می باشد .

یادداشت ۲: حضور ریاست شهرستان یا جانشین وی ، کارشناس حوزه تخصصی و کارشناس اشتغال در جلسه کمیته اشتغال شهرستان الزامی است

فلوجارت تسهیلات خود اشتغالی





ضمانت و فرمهای تسهیلات خود اشتغالی

فرم شماره ۱

شماره

تاریخ

اداره کل بهزیستی استان.....

اداره بهزیستی شهرستان

"فرم درخواست تسهیلات خود اشتغالی"

از ریاست محترم

به

سلام علیکم

احتراماً، اینجانب.....فرزند.....شماره شناسنامه.....کد ملی.....
یاسرپرست مددجو/توانخواه با کد ملی.....تحت پوشش حوزه.....جهت اشتغال در
رشته.....متقاضی استفاده از تسهیلات خود اشتغالی می باشم ، خواهشمنداست دستور فرمایید پس از
بررسی اقدام لازم مبذول فرمایند.

آدرس محل اجرای طرح :

آدرس محل سکونت:

شماره تلفن ثابت و همراه:

امضاء مهر یا اثر انگشت متقاضی

فرم شماره ۲

شماره

تاریخ

اداره کل بهزیستی استان.....
اداره بهزیستی شهرستان.....

فرم تعهد تسهیلات خود اشتغالی

اینجانب.....فرزند.....متولد.....شماره شناسنامه.....که از تسهیلات بانکی اشتغالی سازمان بهزیستی کشور بهره مند می گردم، تعهد می نمایم که این مبلغ را صرفاً در جهت فراهم نمودن اشتغال و خودکفائی و رسیدن به استقلال اقتصادی مصرف نموده و تهیه امکانات، مواد اولیه ، ابزار کار و در زمینه شغل هزینه نمایم.

دیگر تعهدات:

- ۱- تسهیلات اعطائی یا ابزار کار و مواد اولیه ای که با این اعتبارات تهیه را می شود به دیگران واگذار ننمایم.
- ۲- در پایان هر سه ماه با ارائه گزارش، بهزیستی را در جریان فعالیتهای ناشی از فرصت ایجاد شده در ارتباط با خود اشتغالی خویش قرار داده و در صورت مراجعه کارشناسان بهزیستی به محل کار و فعالیت خود جهت انجام بررسیهای لازم همکاری نموده اطلاعات لازم را در اختیار آنها قرار دهم همچنین به مکاتبات بهزیستی در اسرع وقت پاسخ خواهم داد.
- ۳- به محض تغییر محل سکونت یا تغییر محل کار، نشانی جدید محل سکونت و محل کار خود را به اداره بهزیستی شهرستان اطلاع خواهم داد.
- ۴- اقساط وام خود را برابر سررسیدهای اعلام شده از طرف بانک عامل پرداخت خواهم نمود.

۵- در صورتیکه پس از دریافت وام به هر یک از تعهدات فوق الذکر عمل ننمایم به سازمان بهزیستی و بانک اختیار می دهیم تا رأساً از طریق مراجع ذیصلاح نسبت به استرداد اصل و سود وام پرداختی (به نرخ متعارف) بانکی و کلیه ضرر و زیانهای وارده اقدام و هیچگونه ادعا و اعتراضی در این خصوص نخواهم داشت.

آدرس محل سکونت:

آدرس محل کار:

تلفن جهت دسترسی فوری:

تاریخ:

اثر انگشت:

مراتب مورد تایید است

نام شهرستان

نام مجتمع / مرکز

فرم شماره ۳

تاریخ بازدید:

اداره کل بهزیستی استان

اداره بهزیستی شهرستان

فرم بازدید و نظارت بر طرح های خوداشتغالی

حضوری غیر حضوری

نام و نام خانوادگی:	جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	کد ملی:	تاریخ تولد:
علت حمایت:	وضعیت تاهل: مجرد: <input type="checkbox"/>	متاهل: <input type="checkbox"/>	

نام طرح:	نوع طرح: خوداشتغالی: <input type="checkbox"/>	مشاغل خانگی <input type="checkbox"/>	سایر		
بخش فعالیت: خدمات <input type="checkbox"/>	صنعت <input type="checkbox"/>	کشاورزی <input type="checkbox"/>	گردشگری <input type="checkbox"/>	خلاقانه ، فناورانه و دانش بنیان <input type="checkbox"/>	
وضعیت مجوز فعالیت: دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	شماره مجوز:	تاریخ مجوز:		
تاریخ شروع شغل:	میزان درآمد ماهیانه:	ریال	بازار فروش: مناسب <input type="checkbox"/>	نامناسب <input type="checkbox"/>	
محل اشتغال: شهر <input type="checkbox"/>	روستا <input type="checkbox"/>	عشایر <input type="checkbox"/>	مالکیت فضا: ملکی <input type="checkbox"/>	رهنی <input type="checkbox"/>	استیجاری <input type="checkbox"/>
سایر <input type="checkbox"/>					
آدرس و شماره تماس محل کار:					
شماره همراه:					

تاریخ دریافت تسهیلات:	مبلغ تسهیلات دریافتی:	ریال	نام بانک عامل:
وضعیت بیمه :	نوع بیمه :	تاریخ شروع بیمه:	
آیا تسهیلات دریافتی دارای بیمه عمر مانده بدهکار است ؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
بهره مندی از سایر حمایت های شغلی از محل دیگر منابع سازمان در راستای ایجاد و تثبیت شغل :			
علت غیر فعال بودن طرح :			
تسهیلات صرف چه کاری شده است؟			
میزان رضایتمندی فرد از اشتغال ایجاد شده :			
<input type="checkbox"/> ضعیف	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> خوب	<input type="checkbox"/> عالی

شرح بازدید و پیشنهادات: "نقاط قوت ، ضعف و..."

امضاء

سمت

نام و نام خانوادگی بازدید کنندگان :

فرایند پرداخت تسهیلات کارفرمایی

مدارک لازم جهت بهره مندی کارفرمایان از تسهیلات اشتغال زایی :

- درخواست کتبی کارفرمای حقیقی / حقوقی دارای حق امضا در سر برگ رسمی ممههور به مهر و امضا (به انضمام فرم شماره ۴)
- مستندات قانونی مبنی بر فعالیت کارفرما "آگهی ثبت در روزنامه رسمی با آخرین تغییرات، تصویر برابر با اصل پروانه بهره برداری / پروانه فعالیت از مراجع ذی صلاح(پرداخت تسهیلات به افراد دارای مجوزهای موقت یا موافقت اصولی مقدور نمی باشد.)
- گزارش بازدید اولیه از محل کار، توسط کارشناسان اشتغال بر اساس فرم شماره ۵
- معرفی نامه نیروی واجد شرایط به کارفرما بر اساس فرم شماره ۶
- تبصره: در مواردی که افراد معرفی شده به کارفرما از اداره بهزیستی شهرستان ها تامین گردد، معرفی نامه بانکی توسط اداره بهزیستی شهرستان محل استقرار کارگاه/شرکت / کارخانه ... پس از اخذ تأییدیه کمیته اشتغال استان صادر گردد.
- اعلام نتیجه بکارگیری جویای کار معرفی شده توسط کارفرما بر اساس فرم شماره ۷
- تعهد نامه محضری کارفرما طبق فرمت ابلاغی فرم شماره ۸
- قرارداد فی مابین ریاست بهزیستی شهرستان و کارفرما طبق فرمت ابلاغی فرم شماره ۹
- کلیه مستندات و ضمانت نامه های بانکی می بایست تا پایان تاریخ قرارداد در اداره بهزیستی شهرستان محل پرداخت تسهیلات نگهداری و حفاظت(حقوقی/حراست) گردیده و پس از تمام مدت قرارداد و تعهدات طرفین ، طی یک صورتجلسه توسط رئیس یا مدیر بهزیستی شهرستان مدارک مربوطه ابطال و تحویل ذی نفع گردد.
- تصویر قرارداد منعقد فی مابین کارگر و کارفرما بر اساس قانون کار حداقل به مدت یک سال
- مستندات پرداخت حقوق و دستمزد مطابق قانون کار(واریز به حساب بانکی مددجو)و بیمه شغلی افراد معرفی شده (حداقل به مدت یک ماه)
- درخواست کتبی مددجو به انضمام مستندات تحت پوشش بودن
- مصوبه کمیته اشتغال استان
- تبصره ۱: پرداخت تسهیلات به کلیه طرح های کارفرمایی منوط به اخذ تأییدیه کمیته استانی است .
- تبصره ۲: مدت بررسی و نهایی کردن درخواست کارفرما در کمیته اشتغال استان از زمان تکمیل مدارک تا سقف زمانی یک ماه می باشد.
- صدور معرفی نامه کارفرما به بانک عامل با امضای رئیس شهرستان به استناد مصوبه کمیته استان

یادداشت ۱:

در مواردی که افراد معرفی شده به کارفرما از اداره بهزیستی شهرستان ها تامین گردد، معرفی نامه بانکی توسط اداره بهزیستی شهرستان محل استقرار کارگاه/شرکت / کارخانه ... پس از اخذ تأییدیه کمیته اشتغال استان صادر گردد.

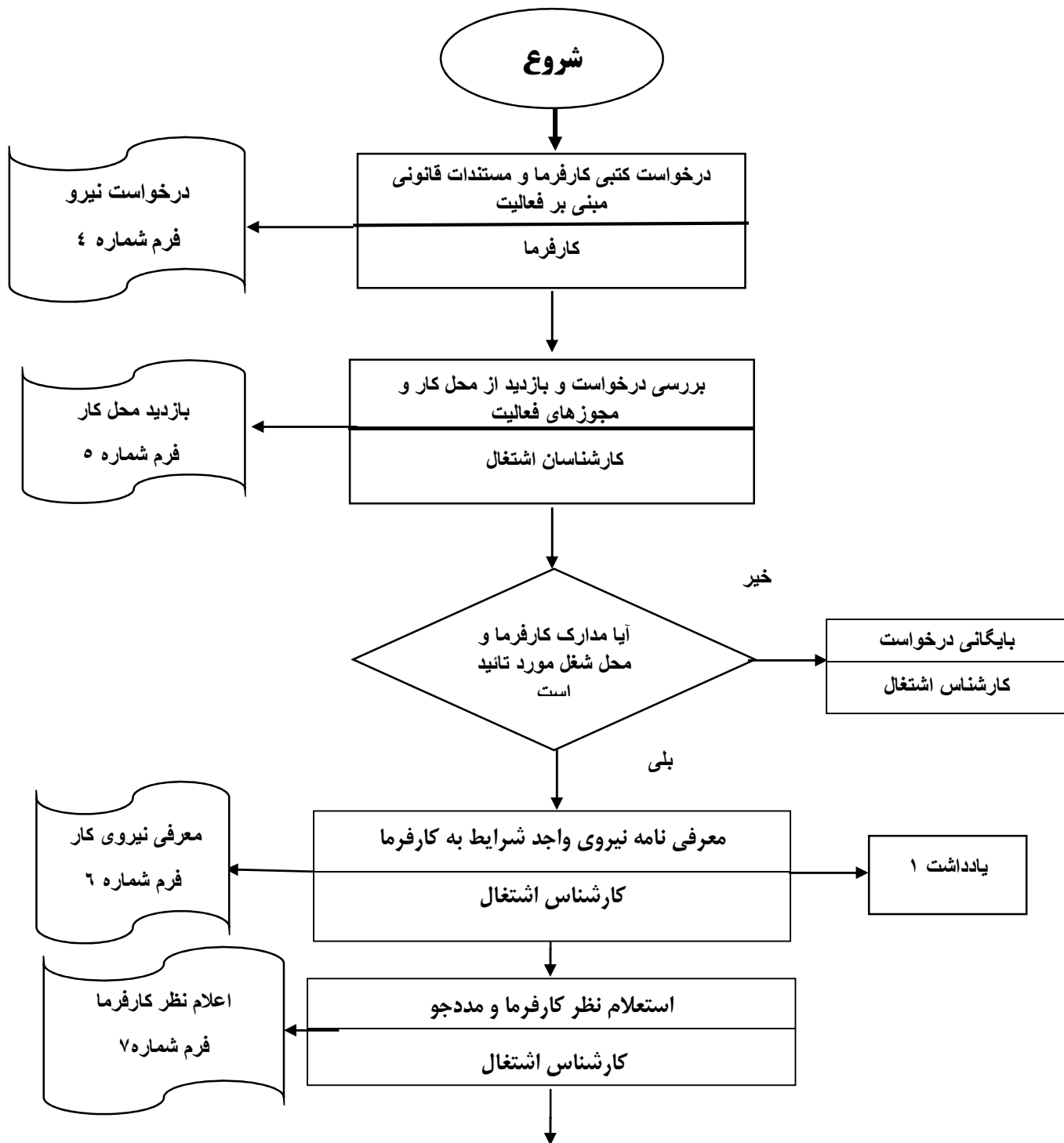
یادداشت ۲:

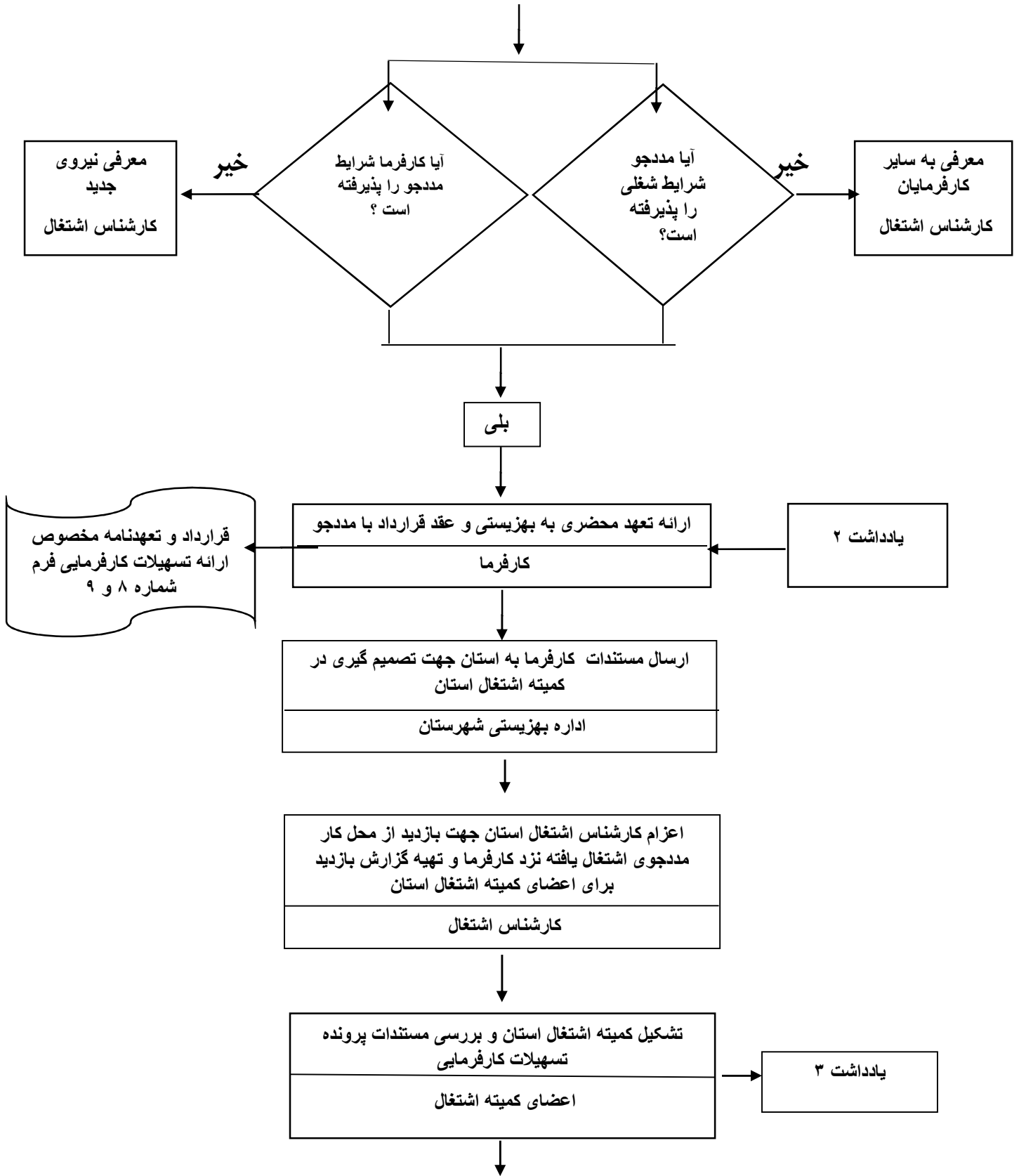
کلیه مستندات و ضمانت نامه های بانکی می بایست تا پایان تاریخ قرارداد در اداره بهزیستی شهرستان محل پرداخت تسهیلات نگهداری و حفاظت(حقوقی/حراست) گردیده و پس از اتمام مدت قرارداد و تعهدات طرفین ، طی یک صورتجلسه توسط رئیس یا مدیر بهزیستی شهرستان مدارک مربوطه ابطال و تحویل ذی نفع گردد.

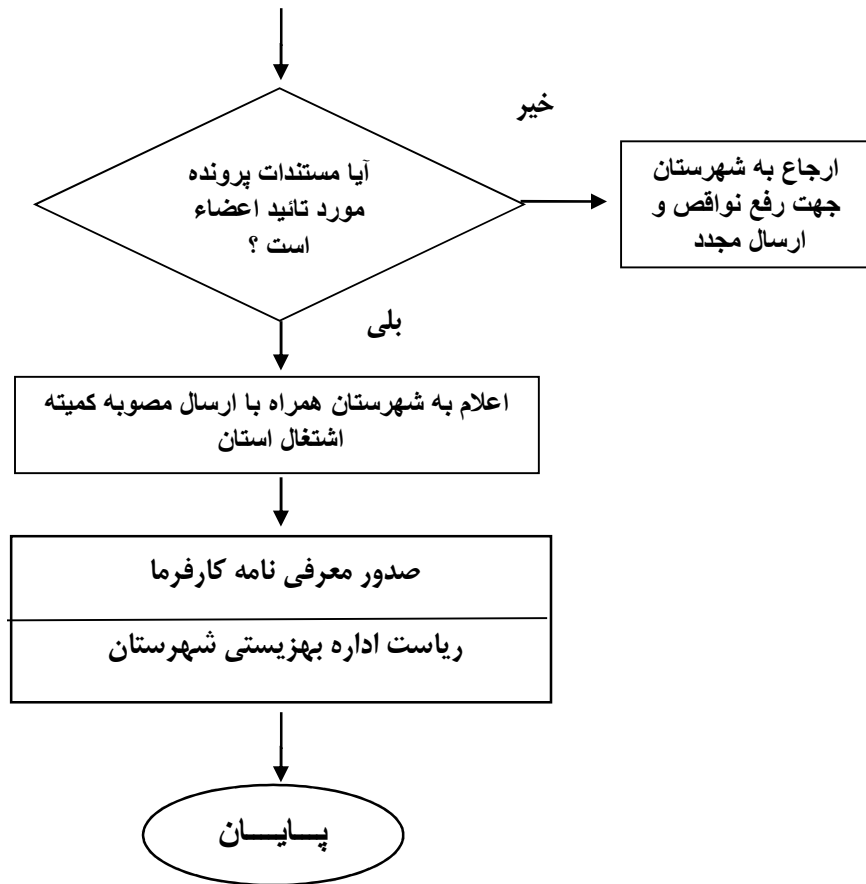
یادداشت ۳:

مدت بررسی و نهایی کردن درخواست کارفرما در کمیته اشتغال استان از زمان تکمیل مدارک تا سقف زمانی یک ماه می باشد.

فرآیند پرداخت تسهیلات کارفرمایی







ضمانت و فرمهای پرداخت تسهیلات کارفرمایی

شماره

فرم ۴

تاریخ

اداره کل بهزیستی استان

اداره بهزیستی شهرستان

مرکز / مجتمع

" درخواست نیرو از سازمان بهزیستی توسط کارفرمایان "

به ریاست محترم بهزیستی شهرستان

از :

سلام علیکم

احتراما اینجانب..... فرزند..... به شماره شناسنامه..... و کد ملی.....
مدیرعامل / رئیس / مالک شرکت..... در خواست به کارگیری تعداد..... نفر نیرو با شرایط مندرج در جدول ذیل از
آن اداره محترم دارم ، خواهشمنداست دستور فرمایید پس از بررسی نتیجه اعلام تا اقدام لازم معمول گردد.

توضیحات	تعداد نفرات					شغل تصدی	فاقد تخصص و مهارت	تخصص و مهارت	مجرد	متاهل	سن	تحصیلات	جنس	ردیف
	معلول			سالم										
	فیزی	حسی	روانی	پیشگیری	اجتماعی									

مهر و امضای مدیر شرکت / کارگاه / کارفرما (نام و نام خانوادگی):

تاریخ

فرم شماره ۵

اداره کل بهزیستی استان

اداره بهزیستی شهرستان

بازدید از محل کسب و کار متقاضی تسهیلات کارفرمایی

نام و نام خانوادگی کارفرما : عنوان فعالیت :

کد بیمه محل کسب و کار : تاریخ شروع فعالیت :

شماره پروانه فعالیت : وضعیت محل کسب و کار : فعال غیرفعال

تعداد شاغلین محل کسب و کار :

وضعیت مناسب سازی :

سرویس ایاب و ذهاب کارکنان :

آدرس و تلفن و کد پستی محل کسب و کار :

نظریه و امضای کارشناسان اشتغال :

نظریه و امضای رییس شهرستان

اداره کل بهزیستی استان

اداره بهزیستی شهرستان

معرفی کارجو به کارفرمای متقاضی استفاده از تسهیلات

از: اداره بهزیستی شهرستان...

به: مدیرعامل/رئیس/شرکت/کارگاه

سلام علیکم

احتراما پاسخ به درخواست شماره..... مورخ..... مبنی
 بر بکارگیری..... نفر نیروی کار از بهزیستی شهرستان..... ، بدینوسیله
 آقای/خانم..... فرزند..... به شماره شناسنامه.....
 کد ملی..... صادره از..... تحصیلات..... تحت پوشش
 بهزیستی جهت اشتغال و بکارگیری به حضور معرفی می گردد.
 خواهشمند است دستور فرمائید ضمن همکاری نتیجه را به صورت مکتوب جهت طی مراحل
 اداری به این اداره اعلام نمایند.

رئیس اداره بهزیستی شهرستان.....

شماره

فرم شماره ۷

تاریخ

اداره کل بهزیستی استان

اداره بهزیستی شهرستان

فرم اعلام نتیجه بکارگیری نیروی انسانی معرفی شده از سوی بهزیستی به کارفرما

به: اداره بهزیستی شهرستان.....

سلام علیکم

احتراما پاسخ به نامه شماره مورخ در خصوص افراد معرفی شده از جامعه هدف آن اداره به استحضار می رساند، پس از بررسی های لازم نظر نهایی به شرح جدول ذیل اعلام می گردد.

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نظر کارفرما		دلایل عدم تائید
			تائید	عدم تائید	

مهر و امضاء مدیرعامل / رئیس شرکت / کارفرما

شماره

فرم شماره ۸

تاریخ

اداره کل بهزیستی استان

اداره بهزیستی شهرستان

تعهدنامه کارفرمای متقاضی استفاده از مزایای مفاد دستورالعمل پرداخت تسهیلات کارفرمایی

..... : فرزند اینجانب:

متولد به شماره شناسنامه : کد ملی :

..... صادره از:

به نشانی

..... متقاضی بهره مندی از تسهیلات بانکی اشتغالزایی سازمان

بهزیستی می باشم ضمن اطلاع کامل از کلیه مقررات و ضوابط سازمان بهزیستی کشور و قبول بدون قید و شرط

کلیه این مقررات صحت کلیه مدارک و اطلاعات ارائه شده به آن سازمان را مورد تأیید قرار داده و تعهد می نمایم که

ضمن عقد خارج لازم و بر مبنای تعهدات مندرج در این تعهدنامه رفتار نمایم و چنانچه در هر زمان بنا به تشخیص و

اعلام آن سازمان خلاف مدارک و اطلاعات ارائه شده و یا قصور و کوتاهی در اجرای تعهدات فوق از سوی اینجانب

اعلام شود آن سازمان حق دارد مراتب را به بانک اعلام فرماید و بانک دین اینجانب را به حال تبدیل نماید

بدینوسیله اینجانب ضمن عقد خارج لازم در مقابل سازمان بهزیستی کشور که در این تعهدنامه به اختصار سازمان

نامیده می شود تعهد می نمایم که :

۱- کلیه ضوابط و مقررات سازمان بهزیستی کشور را رعایت نمایم.

شماره:

تاریخ

فرم شماره ۹

قرارداد

این قرارداد در تاریخ فی مابین اداره بهزیستی شهرستان / استان به نمایندگی خانم / آقای به سمت به آدرس: که به اختصار در این قرارداد بهزیستی نامیده می شود از یک طرف و خانم / آقای فرزند به شماره شناسنامه کد ملی متولد ساکن به نشانی شماره تلفن به نمایندگی آقای / خانم دارای مجوز فعالیت شماره صادره از به نشانی که در زمینه فعالیت دارد و منبع در این قرارداد به اختصار کارفرما نامیده می شود، منعقد گردید.

ماده یک : موضوع قرارداد

موضوع قرارداد عبارتست از اشتغال بکار تعداد نفر از مددجویان یا معلولین معرفی شده از سوی سازمان توسط کارفرما که مراتب طی نامه شماره مورخ جهت اشتغال بکار آنان به کارفرما ابلاغ گردیده است. و کارفرما متعهد و مکلف به پرداخت کلیه حق و حقوق قانونی معرفی شدگان پس از طی دوره آزمایشی (حداکثر یک ماه) برابر قانون کار و تامین اجتماعی میباشد. همچنین مبلغ تسهیلات ارائه شده از سوی بانک به میزان ریال می باشد. تعهد نامه محضری پیوست این قرارداد می باشد.

ماده دو: مدت قرارداد

مدت این قرارداد از زمان دریافت وام اشتغال از بانک توسط کارفرما به مدت ماه که معادل سال می باشد.

ماده سه: شرایط قرارداد

۱- در هر زمان که مدارک لازم از سوی کارفرما به سازمان ارائه گردد این قرارداد رسمیت یافته و مقدمات معرفی کارفرما به بانک جهت دریافت تسهیلات فراهم خواهد شد.

تبصره: ارائه مدارک و اسناد تعهد آور و تضمینات مورد درخواست بانک بعهده کارفرما بوده و بهزیستی هیچگونه مسئولیتی در این خصوص ندارد

ماده سه: تعهدات بهزیستی

۱- بهزیستی مکلف است هر سه ماه یکبار و یا در مواقع لزوم از طریق کارشناسان معرفی شده خود بر روند اشتغال بکار معلولین و مددجویان نظارت نماید.

۲- بهزیستی می تواند در صورت عدم ایفای تعهدات قرارداد از سوی کارفرما نسبت به تبدیل و تغییر در مفاد قرارداد اقدام نماید.

ماده چهار: تعهدات کارفرما

۱- کارفرما متعهد می شود تعدادنفر از مددجویان یا معلولین معرفی شده از سوی بهزیستی را بکار گیرد.

۲- کارفرما متعهد می شود پس از گذشت یک ماه از شروع بکار افراد یاد شده فوق حقوق و کلیه مزایا آنان را دقیقاً مطابق قانون کار و تامین اجتماعی پرداخت نماید.

۳- کارفرما متعهد می شود که افراد جذب شده را در زمان تعیین شده (مدت این قرارداد) با شغل مورد توافق در استخدام خود داشته باشد.

۴- تبصره: چنانچه کارفرما قصد دارد به هر دلیل ارتباط خود را با فرد معرفی شده قطع نماید این امر می بایستی با نظارت استصوابی کارشناسان سازمان انجام پذیرد.

۵- کارفرما متعهد می شود چنانچه به هر دلیل ارتباطش با فرد معرفی شده قطع گردید مراتب را فوراً به بهزیستی اعلام و در این مورد بهزیستی فرد دیگری از معلولین یا مددجویان را جهت اشتغال جایگزین و به کارفرما معرفی خواهد نمود.

۶- کارفرما متعهد می شود در صورت تغییر آدرس و اقامتگاه قانونی خود، سریعاً آدرس جدید را به سازمان اعلام نماید، بدیهی است در صورت عدم انجام این مهم کلیه مکاتبات انجام شده به آدرس قبلی در حکم ابلاغ و وصول می باشد.

۷- کارفرما متعهد و مکلف است هر شش ماه یکبار نحوه کارکرد و پیشرفت معلولین و مددجویان اشتغال یافته خود را کتباً به بهزیستی گزارش نماید.

۸- کارفرما متعهد به امضا و انجام تعهد نامه رسمی محضری که پیوست این قرارداد می باشد است.

۹- رعایت مفاد مربوط به دستورالعمل اجرایی پرداخت تسهیلات قرض الحسنه کارفرمایی برای کارفرما ضروری است.

ماده پنج: تضمینات

در صورت عدم ایفای تعهدات کارفرما در بکارگیری مددجو (به محض اعلام بهزیستی به بانک) دین وی تبدیل به حال گردیده و با وجه التزام ۶ درصد اضافه بر سود و کارمزد بخش اقتصادی (زمینه فعالیت متقاضی) اقدام مقتضی از سوی بانک جهت وصول مطالبات به صورت یکجا به عمل خواهد آمد. چنانچه سپرده های کارفرما جبران زیانهای وارده به بهزیستی را ننماید کارفرما مکلف است مازاد ضرر و زیان وارده را از اموال دیگر خود جبران نماید.

تبصره : تشخیص میزان زیانهای مندرج ماده ۵ این قرارداد برعهده معاون مشارکتهای مردمی و اشتغال بهزیستی بوده و باتایید

مدیر

بهزیستی استان مورد قبول طرفین خواهد بود.

ماده شش: نظارت

۱- بهزیستی هر سه ماه یکبار و یا در مواقع لزوم از طریق کارشناسان معرفی شده خود بر روند اشتغال بکار معلولین و مددجویان نظارت نموده و فرم نظارت را تکمیل می نمایند و کارفرما (مؤسسه فوق) مکلف و متعهد است که در این باره همکاری های لازم را با کارشناسان بهزیستی معمول نماید

۲- چنانچه در جریان نظارت کارشناسان بهزیستی از محل کارگاه یا نحوه اشتغال بکار مددجویان مشخص شود که کارفرما توانایی لازم را جهت ادامه کار ندارد بهزیستی مجاز و مختار خواهد بود پس از یکبار اخطار کتبی و اعطاء مهلت ده روزه ، مراتب را جهت تغییر روش در روند کار به کارفرما اعلام نماید و در صورتی که این امر مؤثر واقع نگردد بدون نیاز به تشریفات و اقدامات جداگانه مطابق ماده ۵ قرارداد و راساً از طریق بانک مربوطه اقدام نماید.

ماده هفت: حل اختلاف

۱- در صورت ایجاد هر گونه اختلاف در تفسیر مفاد قرارداد ، مراتب از طریق مذاکره و مصالحه بین امضاءکنندگان این قرارداد یا نمایندگان معرفی شده از سوی ایشان حل و فصل خواهد شد و در صورت عدم حصول نتیجه مراتب از طریق مراجع قانونی قابل پیگیری می باشد.

ماده هشت: حق فسخ

پس از اخذ تسهیلات اشتغال مورد بحث در این قرارداد، کارفرما به هیچ وجه امکان فسخ این قرارداد را نخواهد داشت.

ماده نه: فورس ماژور

مقررات مربوط به حوادث غیر قابل پیش بینی شامل این قرارداد نخواهد شد و در صورت حدوث این مهم کارفرما مکلف است مراتب را فوراً به بهزیستی گزارش و با بررسی کارشناس خود تصمیم گیری مقتضی را اعمال و مراتب را به کارفرما اعلام مینماید، بدیهی است نظر کارشناسان بهزیستی در این بند قطعی و لازم الاجراء می باشد.

تبصره: کارفرما متعهد می باشد جهت جلوگیری و جبران هر گونه ضرر و زیان معنوی ناشی از حوادث کار و غیره به مددجویان اشتغال یافته، کارگاه خود را بیمه حوادث نماید. بدیهی است مسئولیت عدم رعایت این مهم بعهدده شخص کارفرما می باشد.

ماده ده: نسخ قرارداد

این قرارداد شامل ۱۰ ماده و ۴ تبصره در دو نسخه متداول شکل تنظیم که هر نسخه حکم واحد داشته و بین طرفین مبادله و مفاد آن لازم الاجراء می باشد.

طرف دوم

طرف اول

نام و نام خانوادگی مدیر عامل شرکت یا مؤسسه

نام و نام خانوادگی مدیر بهزیستی استان / شهرستان

نظارت بر طرح های اشتغال

نظارت بر پرداخت تسهیلات

- پیگیری مراحل معرفی مددجو تا زمان دریافت تسهیلات و اعلام نهائی بانک عامل مبنی بر دریافت تسهیلات به عهده کارشناس اشتغال شهرستان می باشد.

*- ثبت اطلاعات دریافت کنندگان تسهیلات و اشخاصی که کارفرما درازای دریافت تسهیلات آنان را به کارگمارده است بعد از دریافت تسهیلات و ایجاد شغل در فرم اشتغال موجود در پورتال سازمان و سامانه رصد و ... توسط کارشناس شهرستان الزامی است.

*- تدوین برنامه بازدید و نظارت بر اشتغال های ایجاد شده به منظور ارزیابی ، صدور اقدامات اصلاحی ، پیشگیرانه و ارائه برنامه های بهبود شغلی توسط معاون مشارکتهای مردمی و توانمندسازی و کارشناس اشتغال استان بهزیستی شهرستان صورت می گیرد.

*- بازدید موردی از طرحهای اشتغال ایجاد شده در سطح شهرستانهای هر استان توسط معاون مشارکتهای مردمی و اشتغال و کارشناسان ستادی ادارات بهزیستی استان ها الزامی است .

*- نظارت عالی به توسط دبیر خانه اشتغال و کار آفرینی کشور از طریق بازدید موردی و راستی آزمائی غیر حضوری قابل انجام می باشد.

تبصره ۱: نظارت بر طرحهای خود اشتغالی حداقل بمدت یکسال بصورت مستمر و بخش کارفرمایی مطابق با مفاد قرارداد و تعهد نامه خواهد بود.

پیگیری و بازدید پس از اشتغال و دریافت تسهیلات خود اشتغالی

نام و نام خانوادگی: _____ محل اشتغال: شهر روستا

تحت پوشش حوزه: _____ دوره بازدید: سه ماهه:

تاریخ دریافت وام: _____ مبلغ وام دریافتی: _____ ریال

نوع وام دریافتی: خوداشتغالی: مشاغل خانگی

نوع اشتغال ایجادشده: خدماتی صنعتی کشاورزی

نام شغل: _____ تاریخ شروع شغل: _____ میزان درآمد ماهیانه: _____ ریال

وضعیت بیمه ای: _____ تاریخ شروع بیمه: _____

۱. _____
۲. چنانچه توانخواه یا مددجوی متقاضی شغل با دریافت وام به اشتغال نرسیده علت را توضیح دهید: (مبلغ وام صرف چه کاری شده است؟)

-چنانچه شخص متقاضی، اشتغال یافته و سپس ترک کار نموده علت را توضیح دهید؟

میزان رضایتمندی فرد از اشتغال ایجاد شده :

ضعیف متوسط خوب عالی

-ملاحظات و توضیحات:

نام و نام خانوادگی مددکار / کارشناس اشتغال

تاریخ و امضاء

فرم بازدید و نظارت از اشتغالهای ایجاد شده در طرح های کارفرمایی

نوع نظارت: حضوری غیر حضوری شش ماهه اول: شش ماهه دوم:

الف - مشخصات کارفرما:

نام و نام خانوادگی کارفرما جنسیت: مرد زن
نام پدر: کد ملی: تحت پوشش سازمان: بله خیر

- در صورت تحت پوشش بودن: توانبخشی اجتماعی پیشگیری
- نشانی محل کار:
شماره همراه: شماره تلفن محل کار:

ب - مشخصات محل فعالیت:

- نام مرکز/ کارگاه/ کارخانه / شرکت - کد مرکز/ کارگاه/ کارخانه / شرکت

- آیا کارفرما در قبال بکارگیری مددجو تسهیلات گرفته است؟ بله خیر

- محل اعتبارات: تسهیلات تکلیفی تبصره ۱۸ منابع داخلی از محل سپرده گذاری وجوه اداره شده

صندوق توسعه ملی از محل منابع ریالی مشاغل خانگی سایر منابع با ذکر نام

- تاریخ دریافت تسهیلات: - نام بانک: - مبلغ تسهیلات دریافتی به ریال:

- وضعیت مناسب سازی: - وضعیت بیمه حوادث:

- آیا مرکز مورد نظراش مشوق های بیمه ای نیز استفاده می کند؟ بله خیر

- مشوق حمایتی: بیمه سهم کارفرمایی کمک هزینه یارانه ارتقاء کارایی و سایر با ذکر نام

- بخش فعالیت: کشاورزی صنعتی خدماتی گردشگری صنایع تبدیلی و تکمیلی خلاقانه ، فناورانه و دانش بنیان

– تعداد نیرو در مرکز تعداد کل تعداد مددجو.....

– مشخصات کامل شاغلین معرفی شده:

ردیف	نام	نام خانوادگی	کد ملی	شماره تماس مددجو	حوزه تحت پوشش	تاریخ شروع به کار	وضعیت بیمه		نام شغل	آخرین مبلغ حقوق ماهانه پرداختی (به ریال)
							فعال	غیر فعال		

شرح بازدید و پیشنهادات: "نقاط قوت ، ضعف و..."

نام و نام خانوادگی بازدید کنندگان : امضاء :

امضاء و مهر ریاست / مدیریت / سرپرست بهزیستی شهرستان

فرم ثبت گزارشات بازدید و نظارت بر اشتغال های ایجاد شده غیر حضوری (بصورت تلفنی و آنلاین) در کلیه زمینه ها اعم از کارفرمایی، خود اشتغالی، مشوق های بیمه ای و

(هر استان می بایست در هر سال حداکثر ۳۰٪ طرح های اشتغال خود را از طریق غیر حضوری با اولویت کارفرمایی پایش

نماید)

وضعیت اشتغال		تاریخ ثبت گزارش	کارشناس مربوطه	شماره تماس مددجو /کارفرما	نام حرفه یا شغل	خوداشتغالی	کارفرمایی	نام و نام خانوادگی	شهرستان	استان	ردیف
غیرفعال	فعال										