



سازمان بهزیستی کشور

مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی

معاونت کارآفرینی و اشتغال

دستورالعمل نحوه ارائه

خدمات اشتغال سازمان بهزیستی

۱. تسهیلات اشتغالزایی (خوداشتغالی و کارفرمایی)
۲. حق بیمه سهم خویش فرمایی و کارفرمایی
۳. کمک هزینه ارتقای کارایی افراد دارای معلولیت
۴. سرمایه کار بلاعوض
۵. کمک هزینه مهارت آموزی
۶. معافیت مالیاتی کارفرمایان

مرداد ماه ۱۴۰۳

صفحه	فهرست
۲	فصل اول: کلیات (خدمات اشتغال سازمان بهزیستی)
۲۵	فصل دوم: نحوه پرداخت تسهیلات خوداشتغالی و کارفرمایی
۲۶	بخش اول: نحوه پرداخت تسهیلات خوداشتغالی
۳۹	ضمائم: فرم‌های مدارک مورد نیاز جهت درج در پرونده اشتغال به منظور دریافت تسهیلات خوداشتغالی
۵۳	بخش دوم: نحوه پرداخت تسهیلات کارفرمایی
۶۰	ضمائم: مدارک و فرم‌های مورد نیاز جهت درج در پرونده اشتغال به منظور دریافت تسهیلات کارفرمایی
۷۰	فصل سوم: پرداخت حق بیمه سهم خویش فرما و کارفرما
۷۱	پرداخت حق بیمه سهم خویش فرما
۷۸	ضمائم: فرم‌های مورد نیاز جهت دریافت حق بیمه سهم خویش فرما
۸۲	پرداخت حق بیمه سهم کارفرما
۸۸	ضمائم: فرم‌های مورد نیاز جهت دریافت حق بیمه سهم کارفرما
۹۵	فصل چهارم: کمک هزینه ارتقای کارایی افراد دارای معلولیت
۱۰۲	ضمائم: فرم‌های مورد نیاز جهت دریافت کمک هزینه ارتقای کارایی افراد دارای معلولیت
۱۰۹	فصل پنجم: سرمایه کار بلاعوض
۱۱۳	ضمائم: فرم‌های مورد نیاز جهت دریافت سرمایه کار بلاعوض
۱۱۹	فصل ششم: نحوه هزینه کرد اعتبارات ردیف بودجه کمک هزینه آماده‌سازی شغلی و حرفه‌آموزی
۱۲۲	فصل هفتم: نحوه اختصاص معافیت مالیاتی به کارفرمایان
۱۳۲	چکیده دستورالعمل

فصل اول

کلیات

خدمات اشتغال سازمان بهزیستی

در راستای توانمندسازی اقتصادی افراد تحت پوشش واجد شرایط عمومی و اختصاصی اشتغال، دستورالعمل نحوه ارائه خدمات اشتغال به شرح زیر تدوین گردید.

ماده ۱. تعریف مفاهیم و واژه‌ها:

در این دستورالعمل اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می‌روند.

بهزیستی: سازمان بهزیستی کشور

خدمات اشتغال بهزیستی: مجموعه اقداماتی که با هدف تسهیل اشتغال افراد تحت پوشش واجد شرایط بهزیستی، از زمان شناسایی تا رسیدن به توانمندی اقتصادی انجام می‌گردد.

کمیته اشتغال: مجموعه‌ای از افراد شاغل در حوزه‌های مختلف بهزیستی که از طریق بررسی و صحت-سنجی مدارک و شرایط متقاضیان در سطح شهرستان و استان در خصوص تایید یا عدم تایید ارائه خدمات اشتغال تصمیم‌گیری می‌نمایند.

فرد تحت پوشش: فردی است که تحت حمایت مستمر یا غیرمستمر خدمات بهزیستی می‌باشد و در سامانه مددجویی ثبت اطلاعات شده و در وضعیت فعال است.

متقاضی: فردی است که شرایط عمومی و اختصاصی دریافت خدمات اشتغال بهزیستی را دارا بوده و تمایل به استفاده از یک یا چند خدمت اشتغال بهزیستی را دارد. متقاضیان شامل افراد تحت پوشش و اعضای موثر خانواده آنان می‌باشند.

فرد قابل توانمندسازی: فردی است که ظرفیت، قابلیت و توانایی لازم جهت کسب کنترل نسبی به امورات زندگی در بعد فردی و اجتماعی را پس از دریافت برنامه‌های حمایتی، توانبخشی و توانمندسازی دارا باشند.

فرد غیر قابل توانمندسازی: فردی است که با تایید واحدهای معتبر حوزه توانبخشی بهزیستی نظیر کمیسیون پزشکی توانبخشی بهزیستی یا کمیسیون‌های پزشکی تعیین از کارافتادگی، به دلیل شرایط سلامت، عملکرد فردی و اجتماعی و ناتوانی جسمی و روانی، نیاز به خدمات مراقبتی در منزل یا مراکز تخصصی دارد و شامل افراد محجور، غیرمحجور غیرقابل بازتوانی و از کارافتاده می‌باشد.

محجور: شخصی است که از تصرف در اموال و حقوق مالی و غیر مالی خود منع شده است. افراد محجور در بهزیستی شامل افراد دارای معلولیت ذهنی هوشی، اختلالات شناختی (دمانس، آلزایمر)، اختلال طیف اتیسم و اختلال اعصاب و روان غیرقابل توانمندسازی می‌باشند.

فرد دارای معلولیت جویای کار: به استناد تبصره ۱ ماده ۱۲ قانون حمایت از حقوق معلولان، شخصی است که بر اساس طبقه‌بندی عملکرد، ناتوانی و سلامت در کمیسیون پزشکی-توانبخشی تعیین نوع و شدت معلولیت و کمیته تخصصی توانبخشی حرفه‌ای و اشتغال بهزیستی با انواع معلولیت‌ها در اثر آسیب جسمی، حسی (بینایی، شنوایی)، ذهنی، روانی و صوت و گفتار (مطابق با تعریف دستورالعمل تخصصی)، با محدودیت قابل توجه و مستمر در فعالیت‌های روزمره زندگی و مشارکت اجتماعی مواجه بوده و در عین حال توانایی انجام کار داشته و مهارت‌ها و آموزش‌های لازم برای اشتغال را کسب نموده باشد.

بانوی سرپرست خانوار: بانویی که مسئولیت تأمین معاش و هزینه‌های مالی خانواده را برعهده داشته و بر اساس دستورالعمل جامع حمایت‌های اجتماعی (سال ۱۴۰۲) واجد شرایط دریافت خدمات از بهزیستی باشند که در دو گروه زیر طبقه‌بندی می‌شوند:

الف. بانوان بدون همسر: شامل بانوان مطلقه و یا همسر فوت شده

ب. بانوان دارای همسر: شامل بانوانی که همسر از کارافتاده، زندانی، معتاد (در حال ترک)، متواری یا مفقودالاثر دارند، همچنین بانوان متارکه‌کرده و در شرف طلاق و نهایتاً بانوان تحت پوششی که ازدواج مجدد (عقد دائم) نموده‌اند ولی همچنان نیازمند خدمات حمایتی بهزیستی می‌باشند.

دختر خودسرپرست یا سرپرست خانوار: دختر مجرد بالای ۴۵ سال که تاکنون ازدواج ننموده و مسئولیت امور و تأمین هزینه‌های زندگی خود یا خانواده را برعهده دارد.

تبصره: دختران مجرد فاقد والدین موثر ۱۸ تا ۴۵ سال بدون سابقه مراقبت موسسه‌ای در مراکز شبه خانواده بهزیستی، در صورت احراز شرایط می‌توانند مشمول دریافت خدمات بهزیستی شوند.

گروه همیار بانوان سرپرست خانوار: گروهی با حداقل سه نفر عضو متشکل از بانوان سرپرست خانوار، دختران خودسرپرست یا سرپرست خانوار و فرزندان دختر خانواده‌های تحت پوشش بهزیستی که با هدف اشتغال و توانمندسازی اقتصادی تشکیل می‌گردد.

بانو و دختر آسیب‌دیده اجتماعی: زن یا دختری که رابطه جنسی خارج از چارچوب ازدواج به قصد کسب درآمد یا بدون نیاز به کسب درآمد داشته یا در اثر اجبار یا اغفال مورد سوء استفاده قرار گرفته و جهت بازگشت به سلامت روانی و زندگی به‌هنجار و متعارف به طور مستقل یا در کنار خانواده نیازمند به دریافت خدمات توانمندسازی از بهزیستی می‌باشد.

بانو و دختر نیازمند حمایت اجتماعی (در معرض آسیب‌های اجتماعی): بانو یا دختری که به دلایلی چون فقدان حمایت خانوادگی موثر یا وجود سوء رفتار در محیط خانواده به‌طور موقت عملکرد اجتماعی و روانی لازم را از دست داده و به دلیل عدم توان اجتماعی و اقتصادی لازم برای زندگی مستقل در معرض خطر آسیب‌های اجتماعی قرار دارد.

بهبودیافته اعتیاد: فردی است با سابقه اختلال مصرف مواد که فرایند بهبودی را آغاز نموده و طی حداقل ۱۲ ماه گذشته هیچ یک از نشانه‌های اختلال مصرف مواد را نداشته است.

فرزند انتقال یافته به زندگی مستقل: فرزند تحت سرپرستی بهزیستی که تا سن ۱۸ سالگی به خانواده منتقل نشده و پس از رسیدن به سن قانونی، به تشخیص تیم مراقبت و تأیید کمیته شبه خانواده شهرستان و استان وارد فرایند ترک مراقبت موسسه‌ای شده و زندگی مستقل را در پیش می‌گیرد.

فرزند امداد بگیر (تحت مراقبت در خانواده): کودک بی‌سرپرست و بدسرپرست تحت قیمومیت خانواده زیستی یا جایگزین و یا فرزند تحت سرپرستی مشغول به تحصیل در دانشگاه یا انجام خدمت سربازی که مشمول دریافت کمک هزینه امداد ماهیانه می‌باشد.

فرد مبتلا به نارضایتی جنسیتی: فردی است که با توجه به ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM۵ و تشخیص کمیسیون روانپزشکی سازمان پزشکی قانونی، تشخیص نارضایتی جنسیتی برای وی داده شده و مجوز عمل جراحی تغییر جنسیت را دریافت نموده است.

قیم: شخصی است که از طرف دادگاه برای حمایت از محجورین، یعنی مواظبت شخص او و اداره اموالش تعیین می‌شود و سمت او را قیمومت گویند. بر طبق قانون مدنی برای اشخاصی چون صغاری که ولی خاص ندارند و مجانین و اشخاص غیر رشید نصب قیم می‌شود. برخی از وظایف قیم عبارتند از: فروش اموال ضایع‌شدنی محجور و پرداخت هزینه زندگی محجور. تا زمانی که پدر و جد پدری یا وصی منصوب از طرف یکی از آنان موجود است و اهلیت لازم را دارا می‌باشند، قاضی حق ندارد برای صغار نصب قیم نماید.

کفیل: شخصی است که کاری را به جای کسی به عهده گرفته و تعهد می‌نماید. در یک مفهوم عام، مقصود از کفیل، کسی است که سرپرستی فرد دیگری که از انجام وظایف خود، ناتوان شده را عهده‌دار می‌شود یا به طور موقت، وظایف و مسئولیت‌های شخص دیگری را بر عهده می‌گیرد.

حضانة کننده: شخصی است که بر اساس قانون نگهداری مادی و معنوی طفل را بر عهده می‌گیرد.

ولایت: ولایت اختیاری است که برابر قانون به یک شخص صلاحیت‌دار برای اداره امور محجور واگذار شده است. برای افراد دارای معلولیت غیرقابل توانمندسازی که پدر یا مادر فاقد شرایط دریافت تسهیلات می‌باشند، ولایت-نامه صادره از سوی دادگستری همانند قیم‌نامه مورد تایید است.

آماده‌سازی شغلی: فرایندی که طی آن افراد تحت پوشش بهزیستی قبل از ورود به چرخه اشتغال متناسب با علاقه، توانایی‌ها، استعدادها، داشته‌ها و منابع موجود، آموزش‌های لازم را در دو بخش آماده‌سازی روانی، اجتماعی و اقتصادی زیر نظر تسهیلگر شغلی و همچنین آماده‌سازی مهارتی از طریق آموزش‌های رسمی، شبه-رسمی و غیررسمی دریافت می‌نمایند تا آماده بهره‌مندی از فرصت‌های شغلی و یا راه‌اندازی کسب و کار شوند.

تسهیلگری شغلی: فرایندی است که موجب آسان‌سازی مراحل توانمندسازی اقتصادی از طریق استعدادیابی شغلی، آماده‌سازی شغلی، مهارت‌افزایی شغلی با هدف استخدام یا ایجاد کسب و کار برای افراد تحت پوشش بهزیستی شده و افراد یا گروه‌ها را قادر می‌سازد تا فعالیت موثرتری داشته و راه‌حل مشکلات خود را پیدا نمایند.

تسهیلگر شغلی: فردی است که راهنما و مربی شغلی فرایند اشتغالزایی افراد تحت پوشش بهزیستی است که مسیر توانمندسازی شغلی را حداکثر به مدت یک سال از طریق اجرای برنامه آماده‌سازی شغلی به مدت سه ماه و پشتیبانی شغلی به مدت نه ماه راهبری می‌نماید.

اشتغال اجتماع محور: راهبردی است در راستای کمک به توانمندسازی اقتصادی به ویژه در مناطق محروم و روستایی که بر خلاف رویکرد بنگاه‌محوری با استفاده از ظرفیت‌ها و منابع محلی و ذی‌نفعان به صورت گروهی یا فردی و خانوادگی به فعالیت اقتصادی می‌پردازند.

صندوق خرد محلی افراد دارای معلولیت: گروه‌هایی تا ۳۰ نفره از افراد دارای معلولیت تحت پوشش که به منظور دسترسی به منابع مالی لازم برای ارتقای سطح معیشت و درآمد خود از طریق تشکیل صندوق‌های خرد محلی از محل آورده شخصی، کمک خیرین، مشوق بلاعوض بهزیستی و وام بانکی تامین مالی می‌کنند.

اشتغال پایدار: شغلی که فرد متناسب با منطقه جغرافیایی محل سکونت از میزان درآمد مکفی برخوردار بوده، امکان بیمه‌پردازی داشته باشد و حداقل دو سال مستمر تداوم داشته و تهدیدی برای از دست رفتن شغل وجود نداشته باشد.

توانمندسازی اقتصادی: فرایندی است که به افراد کمک می‌کند تا کنترل امور اقتصادی و معیشتی زندگی خود را به دست بگیرند و توانایی کسب درآمد مکفی پایدار، پرداخت اقساط وام، قدرت پس‌انداز و نهایتاً خوداتکایی مالی را داشته باشند.

ماده ۲. گروه‌های هدف واجد شرایط دریافت خدمات اشتغال بهزیستی

افراد مشمول خدمات اشتغال بهزیستی به دو گروه مددجویی و غیرمددجویی تقسیم می‌گردند. گروه اول شامل افراد دارای معلولیت و افراد تحت پوشش معاونت سلامت اجتماعی و گروه دوم عضو موثر خانواده فرد غیرقابل توانمندسازی که شرایط عمومی و اختصاصی این دستورالعمل را احراز نماید.

۲-۱. افراد تحت پوشش بهزیستی (مددجو)

۲-۱-۱. گروه هدف تحت پوشش معاونت سلامت اجتماعی

افرادی که تحت پوشش معاونت سلامت اجتماعی بهزیستی بوده و شرایط عمومی و اختصاصی دریافت خدمات اشتغال را دارا باشند، عبارتند از:

- بانوی سرپرست خانوار
- دختر خودسرپرست یا سرپرست خانوار
- بانو یا دختر آسیب‌دیده اجتماعی
- بانو یا و دختر نیازمند حمایت اجتماعی (در معرض آسیب اجتماعی)
- فرزند انتقال یافته به زندگی مستقل
- فرد بهبودیافته اعتیاد
- فرد مبتلا به اچ آی وی (ایدز)
- سرپرست خانوار واجد شرایط عمومی و اختصاصی دارای فرزندان کمتر از ۷ سال دوقلو (دهک ۱ تا ۵) یا چندقلو (تمامی دهک‌ها)
- فرزند امداد بگیر بالای ۱۸ سال (تحت مراقبت در خانواده)
- افراد بالای ۱۸ سال که فرزندخوانده یا ساکن در خانواده جایگزین هستند
- فرد مبتلا به نارضایتی جنسیتی

تبصره: افرادی که نسبت به عمل جراحی تغییر جنسیت اقدام نموده‌اند، در صورت تحت پوشش بودن جزء گروه هدف خدمات اشتغال محسوب می‌گردند.

۲-۱-۲. گروه هدف تحت پوشش معاونت امور توانبخشی

افراد دارای معلولیت با شدت خفیف، متوسط، شدید و خیلی شدید که تحت پوشش حوزه امور توانبخشی بهزیستی بوده و شرایط عمومی و اختصاصی دریافت خدمات اشتغال را دارا باشند، عبارتند از:

- فرد دارای آسیب جسمی حرکتی
- فرد دارای آسیب بینایی
- فرد دارای آسیب شنوایی
- فرد دارای آسیب صوت و گفتار
- بیمار اعصاب و روان بازتوان شده
- فرد دارای معلولیت ذهنی

۲-۲. عضو موثر خانواده (غیرمددجو)

بر اساس بند "چهارم" مصوبه هشتاد و سومین جلسه شورای عالی اشتغال کشور با شماره ابلاغیه ۱۹۹۶۷۴ مورخ ۱۴۰۱/۹/۶ به سازمان بهزیستی اجازه می‌دهد تا "در راستای حمایت از توانمندسازی و اشتغال جامعه هدف سازمان بهزیستی و برخورداری از تسهیلات حمایتی اشتغال، در صورت عدم امکان بهره‌مندی جامعه هدف از تسهیلات اشتغالزایی به تشخیص سازمان بهزیستی کشور، به اعضای موثر خانواده افراد تحت پوشش شامل معلولین، زنان سرپرست خانوار و مددجویان تسهیلات اشتغال اعطا نماید".

اعضای موثر خانواده افراد تحت پوشش غیرقابل توانمندسازی، عبارتند از:

- بستگان درجه یک فرد تحت پوشش شامل پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر و فرزند واجد شرایط (۱۸ تا ۶۵ سال غیرشاغل) یا قیم، ولی، کفیل و حضانت‌کننده افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی، بینایی، شنوایی، ذهنی و اعصاب و روان غیرقابل توانمندسازی محجور (مطابق تعریف ذکر شده ماده ۱) و غیرمحجور در تمامی رده‌های سنی.
- تبصره: والدین حضانت‌کننده کودک دارای معلولیتی که در راستای طرح فرزندپذیری تحت حضانت ایشان می‌باشد، مشمول این بند هستند.
- سرپرست قانونی خانواده‌های دارای دو یا چند فرد دارای معلولیت قابل توانمندسازی.
- بستگان درجه یک شامل پدر، مادر، خواهر، برادر یا فرزند واجد شرایط، قیم، ولی یا کفیل بانوی سرپرست خانوار غیرقابل توانمندسازی محجور و غیرمحجور.
- بستگان درجه یک شامل پدر، مادر، خواهر، برادر یا فرزند واجد شرایط، قیم یا کفیل فرد تحت پوشش مبتلا به اچ‌آی‌وی / ایدز غیرقابل توانمندسازی.
- والدین کودکان کار و خیابان.
- مادر یا حضانت‌کننده فرزند امدادبگیر.
- والدین واجد شرایط حضانت‌کننده کودک زیر ۱۸ سال مقیم در مراکز بهزیستی که در راستای طرح فرزندپذیری تحت حضانت ایشان می‌باشد.
- والدین واجد شرایط فرزندخوانده که کودک زیر ۱۸ سال با به فرزندخواندگی پذیرفته‌اند.

- همسر یا فرزند واجد شرایط فاقد شغل فرد بهبودیافته اعتیاد از کارافتاده دهک ۱ تا ۵ در صورتی که در زیر یک سقف زندگی نمایند.
- تبصره: اطلاعات هویتی تمامی اعضای موثر متقاضی تسهیلات اشتغال می‌بایست در سامانه مددجویی (ارمغان) به ثبت رسیده باشد.

ماده ۳. انواع و سطوح ارائه خدمات اشتغال بهزیستی

۳-۱. خدمات اشتغال

انواع خدمات قابل ارائه در حوزه اشتغال بهزیستی برای گروه‌های هدف تحت پوشش، عبارتند از:

- شناسایی، ارزیابی و نیازسنجی شغلی
- استعدادیابی شغلی
- رغبت‌سنجی شغلی از طریق مصاحبه و اجرای آزمون
- راهنمایی و مشاوره شغلی
- تعیین مسیر شغلی
- آماده‌سازی شغلی در ابعاد روانی، اجتماعی و اقتصادی به مدت سه ماه شامل توسعه مهارت‌های فردی از جمله آموزش مهارت‌های پایه، فنی و حرفه‌ای، کارآفرینی (کسب و کار) و مهارت‌های اساسی
- هدایت مسیر شغلی در یکی از مسیرهای اختصاصی طراحی‌شده به صورت راهبری و پشتیبانی شغلی به مدت سه ماه تا یک سال
- تسهیلهای اشتغال در بخش خوداشتغالی (خانگی و غیرخانگی)
- کاریابی برای افراد تحت پوشش در بخش خصوصی و غیردولتی
- تسهیلهای اشتغال‌های گروهی و اجتماع محور نظیر گروه‌های همیار، گروه‌های خودیار و صندوق‌های خرد محلی و برنامه‌های تامین مالی خرد با رویکرد اقتصادی
- خدمات ارائه شده از طریق مراکز پشتیبانی شغلی ویژه افراد سخت‌اشتغال
- تسهیلهای و پیگیری استخدام افراد دارای معلولیت در بخش دولتی از طریق قانون بهره‌مندی از سهمیه ۳ درصد (مطابق ماده ۱۵ قانون حمایت از حقوق افراد دارای معلولیت)
- تثبیت شغلی از طریق ارائه مشوق‌ها، معافیت‌ها و بخشودگی‌ها
- ارائه تسهیلات قرض‌الحسنه بانکی خوداشتغالی یا کارفرمایی و کمک‌های بلاعوض
- تولید و ارائه محتواهای آموزشی توانمندساز از جمله ارتقاء مهارت فروش و بازاریابی با هدف پایدارسازی شغلی
- ایجاد و توسعه بسترهای عرضه محصولات مددجویی از طریق حمایت از برگزاری نمایشگاه‌ها و فروشگاه‌های فصلی و دائمی
- تسهیل‌گری هدایت افراد تحت پوشش به سمت الگوها و فرصت‌های شغلی نوین
- ترویج و اطلاع‌رسانی ملزومات کاریابی و اشتغال

۲-۳. سطوح ارائه خدمات اشتغال

خدمات اشتغال در بهزیستی مطابق جدول شماره ۱ در پنج سطح ارائه می‌گردد.
جدول شماره ۱. سطوح پنج‌گانه ارائه خدمات اشتغال

سطح خدمت	ارائه‌کننده خدمات	خدمات ارائه‌شده
اول	مددکاران (مراکز مثبت زندگی و بخش‌های دولتی و غیردولتی بهزیستی)	شناسایی، ارزیابی اولیه، نیازسنجی، بازدید اولیه، تشکیل پرونده اشتغال، خدمات کاریابی، خوداشتغالی، ترویج و اطلاع‌رسانی و نظارت تلفنی و حضوری
دوم	تسهیلگران شغلی	استعدادیابی، رغبت‌سنجی، راهنمایی و مشاوره شغلی، تعیین مسیر شغلی، آماده‌سازی شغلی، ارجاع به مراکز مهارت‌آموزی، اهلیت‌سنجی، هدایت مسیر شغلی، پشتیبانی شغلی، ترویج و اطلاع‌رسانی
سوم	کارشناسان اشتغال شهرستان	مدیریت ارائه خدمات اشتغال، تثبیت و پایدارسازی شغلی، ترویج و اطلاع‌رسانی و نظارت در سطح شهرستان
چهارم	کارشناسان اشتغال استان	مدیریت ارائه خدمات اشتغال، تثبیت و پایدارسازی شغلی، ترویج و اطلاع‌رسانی و نظارت در سطح استان
پنجم	کارشناسان اشتغال کشور	سیاست‌گذاری، تامین مالی، مدیریت ارائه خدمات اشتغال، توسعه الگوهای شغلی نوین، ترویج و اطلاع‌رسانی و نظارت در سطح ملی

ماده ۴: الگوهای اشتغالی و کارآفرینی بهزیستی

الگوهای اشتغالی در بهزیستی متناظر با بخش‌های مدیریت اشتغال سامانه رصد اشتغال کشور، عبارتند از:

۴-۱. خوداشتغالی

نوعی از اشتغال که در آن شخص برای خودش کار می‌کند. مصادیق الگوی خوداشتغالی در بهزیستی، عبارتند از:

۴-۱-۱. تسهیلات خوداشتغالی (مددجو و غیرمددجو):

فرد تحت پوشش یا عضو موثر خانواده وی که وام قرض‌الحسنه با نرخ بهره کم و بازپرداخت بلندمدت به منظور راه‌اندازی، تکمیل یا توسعه کسب و کار به صورت "خوداشتغالی" (شغل خانگی یا غیرخانگی) از بانک‌های عامل دریافت نموده است.

۴-۱-۲. بیمه خویش‌فرمایی افراد تحت پوشش (مددجو):

فرد واجد شرایط تحت پوشش که با هدف ایجاد و تثبیت شغل خانگی یا غیرخانگی، مبلغی تا ۱۸ درصد حداقل دستمزد ماهیانه مصوب شورای عالی کار در آن سال است را به عنوان مشوق از بهزیستی دریافت می‌کند.

۴-۱-۳. خوداشتغالی از طریق برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه یا CBR (مددجو):

افراد دارای معلولیت تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه در مناطق روستایی یا شهری که به صورت شغل خانگی یا غیرخانگی اقدام به راه اندازی کسب و کار به صورت فردی یا با مشارکت خانواده می نمایند. محل تامین مالی به صورت بلاعوض از محل اعتبارات برنامه CBR یا کمک خیرین و یا خود فرد یا خانواده وی می باشد.

۴-۱-۴. سرمایه کار بلاعوض (مددجو):

فرد تحت پوشش بهزیستی که مبلغی را به صورت بلاعوض جهت ایجاد یا توسعه کسب و کار به خصوص در روستاها و مناطق محروم دریافت می کند.

۴-۱-۵. مشاغل خانگی (مددجو):

طبق قانون ساماندهی و حمایت از مشاغل خانگی، شغل خانگی فعالیتی است که توسط یک یا چند تن از افراد تحت پوشش یا اعضای خانواده آنها در خانه ای که زندگی می کنند، شکل بگیرد و منتج به عرضه یک کالای فیزیکی یا خدمت به خارج از محیط خانه شود. محل تامین اعتبار به صورت وام از محل اعتبار بهزیستی یا اداره کار استانی و یا بلاعوض از محل کمک هزینه توسط بهزیستی یا خیرین می باشد.

۴-۱-۶. گروه همیار زنان سرپرست خانوار فاقد کارفرما (مددجو):

گروهی متشکل از زنان سرپرست خانوار نیازمند تحت پوشش که با هدف توانمندسازی اقتصادی اقدام به راه اندازی شغل گروهی می نمایند. محل تامین اعتبار از طریق کمک بلاعوض بهزیستی یا درخواست وام می باشد.

۴-۱-۷. گروه خودیار فاقد کارفرما نظیر تامین مالی خرد زنان سرپرست خانوار (مددجو و غیرمددجو):

یک اجتماع محلی داوطلبانه با هدف فعالیت اقتصادی، متشکل از ۱۵ تا ۲۵ عضو که به منظور ایجاد یا توسعه کسب و کار تشکیل می گردد. جامعه هدف طرح مذکور زنان سرپرست خانوار و دختران خودسرپرست یا سرپرست خانوار تحت پوشش و همچنین بانوان دارای معلولیت هستند. محل تامین اعتبار از طریق پرداخت وام از بانک عامل و آورده شخصی می باشد.

۴-۱-۸. صندوق خرد محلی افراد دارای معلولیت:

افراد دارای معلولیت تحت پوشش که به منظور دسترسی به منابع مالی لازم برای ارتقای سطح معیشت و درآمد خود از طریق تشکیل صندوق های خرد محلی از محل آورده شخصی، کمک خیرین، مشوق بلاعوض بهزیستی و منابع بانکی نظیر صندوق کارآفرینی امید وام دریافت می کنند.

۴-۱-۹. صاحب امتیاز حقیقی غیردولتی و اعضاء هیئت موسس موسسات غیرتجاری انتفاعی دارای مجوز از بهزیستی در صورتی که فاقد شغل باشند:

فرد یا افرادی هستند که مجوز تاسیس مرکز ارائه خدمات به افراد تحت پوشش بهزیستی را دریافت می نمایند. مانند صاحب امتیاز مرکز مثبت زندگی، مرکز آموزشی توانبخشی روزانه، شبانه روزی افراد دارای معلولیت و سالمندان، حرفه آموزی و

۴-۲. اشتغال دولتی غیررسمی (مددجو و غیرمددجو)

نیروهایی که به صورت غیررسمی از جمله قراردادی، پاره وقت و ... توسط دستگاه اجرایی استخدام می‌شوند. مصادیق الگوی اشتغال دولتی غیررسمی در بهزیستی، عبارتند از:

۴-۲-۱. نیروهای اورژانس اجتماعی ۱۲۳:

افرادی که توسط بخش اورژانس اجتماعی به استخدام درآمده‌اند.

۴-۲-۲. نیروهای شاغل در بخش مشاوره ۱۴۸۰:

کارکنانی که به صورت تلفنی (صدای مشاور) در بهزیستی مشغول ارائه خدمات مشاوره و راهنمایی در زمینه اختلافات خانوادگی و زناشویی، مشاوره پیش از ازدواج، مشاوره تحصیلی، مشاوره به منظور کمک به کاهش استرس و اضطراب، مشاوره اعتیاد و غیره می‌باشند.

۴-۲-۳. نیروهای شرکتی یا قراردادی (راننده‌های استیجاری):

شامل نیروهای شرکتی یا قراردادی که جهت تامین نیروی انسانی بهزیستی در هر سال به کارگیری می‌شوند.

۴-۳. اشتغال حقوقی غیردولتی

اشتغالی است که توسط موسسات، شرکت‌ها، تعاونی‌ها و ... ایجاد شده است. مصادیق الگوی اشتغال حقوقی غیردولتی در بهزیستی، عبارتند از:

۴-۳-۱. مددجویان شاغل شده در تعاونی‌ها:

افراد تحت پوشش بهزیستی که در تعاونی‌ها مشغول به کار می‌باشند.

۴-۳-۲. مددجویان شاغل شده از طریق کارفرمای حقوقی غیردولتی (با دریافت مشوق‌های حمایتی):

افراد تحت پوشش بهزیستی که از طریق کارفرمایان حقوقی غیردولتی در شرکت‌ها، موسسات و مراکز غیردولتی با دریافت مشوق‌های حمایتی نظیر تسهیلات کارفرمایی، حق بیمه سهم کارفرما و یا کمک هزینه ارتقای کارایی افراد دارای معلولیت مشغول به کار شده‌اند.

۴-۳-۳. مددجویان شاغل شده از طریق کارفرمای حقوقی غیردولتی (بدون دریافت مشوق‌های حمایتی):

افراد تحت پوشش بهزیستی که از طریق کارفرمایان حقوقی غیردولتی بدون دریافت مشوق‌های حمایتی به عنوان کارکنان تعاونی‌ها، شرکت‌ها، موسسات و ... بدون دریافت مشوق حمایتی (به صورت خیریه‌ای) مشغول به کار شده‌اند.

۴-۴. اشتغال کارفرمایی حقیقی

کسب و کاری است که توسط یک صاحب کار ایجاد شده است و برای سایر افراد نیز اشتغالزایی نموده است. مصادیق الگوی اشتغال کارفرمایی حقیقی در بهزیستی، عبارتند از:

۴-۴-۱. کارکنان شاغل در مراکز ماده ۲۶ (مددجو و غیرمددجو):

افراد تحت پوشش یا سایر افراد جامعه که در مراکز دارای مجوز تحت نظارت بهزیستی نظیر مراکز خدمات بهزیستی (مثبت زندگی) فعالیت دارند.

۴-۴-۲. تسهیلاتگران برنامه CBR (مددجو و غیرمددجو):

افراد تحت پوشش یا سایر افراد جامعه که در برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه در طی یک سال کاری به عنوان تسهیلاتگر مشغول به کار شده‌اند. تامین مالی دستمزد از طریق حوزه توانبخشی صورت می‌پذیرد.

۴-۴-۳. مددجویان شاغل شده از طریق کارفرمایان حقیقی با دریافت مشوق‌های حمایتی:

افراد تحت پوششی که در ازای دریافت تسهیلات یا مشوق‌های حمایتی نظیر تسهیلات کارفرمایی، بیمه کارفرمایی و یا کمک هزینه ارتقای کارایی معلولان در مشاغل خرد یا کارگاه‌های تولیدی و خدماتی خرد مشغول به کار شده‌اند.

۴-۴-۴. مددجویان شاغل شده از طریق کارفرمایان حقیقی بدون دریافت مشوق‌های حمایتی (خیرین کارفرما):

افراد تحت پوششی که از طریق کارفرمایان حقیقی در مشاغل خرد و کارگاه‌های تولیدی و خدماتی خرد مشغول به کار شده‌اند و کارفرما به صورت خیریه‌ای یا داوطلبانه مطالبه دریافت تسهیلات یا مشوق‌ها را ندارد. تبصره: تسهیلاتگری جهت بهره‌مندی از سهمیه ۳ درصد استخدام افراد دارای معلولیت در بخش دولتی به استناد ماده ۱۵ قانون حمایت از حقوق افراد دارای معلولیت نیز از الگوهای اشتغالزایی بهزیستی می‌باشد ولی این مورد در سامانه رصد اشتغال قابل ثبت نیست.

ماده ۵. وظایف

۵-۱. وظایف کارشناسان معاونت کارآفرینی و اشتغال بهزیستی کشور

- سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی راهبردی و عملیاتی نمودن طرح‌های اجرایی
- تدوین دستورالعمل‌ها و بخش‌نامه‌ها
- پیگیری جذب منابع مالی و توزیع اعتبار استانی بانکی
- جمع‌آوری و تحلیل آمار و اطلاعات مربوط به دریافت‌کنندگان خدمات اشتغال
- نظارت بر خدمات ارائه شده در سطوح اول تا چهارم ارائه خدمات اشتغال
- ظرفیت‌سازی از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی و تولید محتواهای مورد نیاز سطوح اول تا چهارم
- توسعه الگوها و فرصت‌های شغلی متناسب با شرایط اقتصادی و اجتماعی جامعه و گروه هدف
- معرفی الگوهای موفق از طریق رسانه
- تقویت روابط بین بخشی و درون بخشی از طریق انعقاد و پیگیری تفاهم‌نامه‌ها

۵-۲. وظایف کارشناسان کارآفرینی و اشتغال ستاد بهزیستی استان

- مدیریت فرایند ارائه خدمات اشتغال در سطح استان
- توزیع اعتبار شهرستانی بانکی و ارسال به شهرستان‌های مجری

- پیگیری جذب منابع مالی ابلاغی از طریق برگزاری جلسات با شرکای کاری و بانک‌های عامل
- جمع‌آوری و تجمیع آمار و اطلاعات مربوط به خدمات اشتغال از شهرستان‌های استان و ارسال به موقع به معاونت کارآفرینی و اشتغال کشور
- برگزاری جلسات کمیته اشتغال استان
- نظارت بر خدمات و اقدامات انجام شده در سطوح اول تا سوم ارائه خدمات اشتغال
- مدیریت ثبت اطلاعات متقاضیان تسهیلات در سامانه تسهیلات اشتغال کشور (TEK)
- ظرفیت‌سازی از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی و تولید محتواهای مورد نیاز سطوح اول تا سوم
- ارتباط مستمر با کارشناسان ستادی معاونت‌های توانبخشی، سلامت اجتماعی و مشارکت‌های مردمی و به اشتراک‌گذاری بخش‌نامه‌ها و دستورالعمل‌ها جهت بهره‌مندی بیشتر گروه‌های هدف
- استفاده از ظرفیت مراکز، موسسات غیردولتی و خیریه‌های اشتغال دارای مجوز از بهزیستی و سایر دستگاه‌ها به منظور راه‌اندازی یا توسعه کسب و کار
- استفاده از ظرفیت مراکز کارآفرینی غیردولتی، مراکز مشاوره شغلی و کارآفرینی و مراکز نوآوری دارای مجوز از وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی یا معاونت علمی فناوری ریاست جمهوری و مراکز رشد دانشگاه‌ها برای گروه‌های هدف از طریق انعقاد و پیگیری تفاهم‌نامه و ...
- برگزاری تورهای کارآفرینی برای کارشناسان، تسهیلگران و مددکاران سطح شهرستان

۳-۵. وظایف کارشناسان اشتغال شهرستان

- پیگیری هزینه کرد و جذب منابع مالی ابلاغی به شهرستان
- مدیریت نظارت بر خدمات ارائه شده در سطوح اول و دوم ارائه خدمات اشتغال
- مدیریت و پیگیری ثبت اطلاعات خدمت‌گیرندگان توسط مددکاران و تسهیلگران شغلی در سامانه خدمات اشتغال بهزیستی
- جمع‌آوری اطلاعات مربوط به دریافت‌کنندگان مشوق‌های بیمه‌ای، کمک هزینه ارتقای کارایی، تسهیلات بانکی، سرمایه کار بلاعوض، کمک هزینه آماده‌سازی شغلی و یارانه بگیران مراکز پشتیبانی شغلی
- ثبت به موقع اطلاعات خدمات اشتغال بر اساس کد ملی خدمت‌گیرنده در سامانه خدمات اشتغال و رصد اشتغال کشور
- مدیریت ثبت اطلاعات متقاضیان تسهیلات در سامانه تسهیلات اشتغال کشور (TEK)
- ارسال به موقع آمار به حوزه اشتغال استان
- تشکیل به موقع کمیته اشتغال شهرستان و تنظیم و بایگانی صورتجلسات
- مدیریت بر عملکرد تسهیلگران شغلی شهرستان
- مدیریت ارجاع افراد نیازمند به آماده‌سازی شغلی به تسهیلگران شغلی در موعد مقرر
- مدیریت ارجاع به موقع افراد نیازمند به خدمات پشتیبانی شغلی به مراکز پشتیبانی شغلی (SE)
- نظارت بر تغییرات ایجاد شده در وضعیت اشتغال بهره‌مندان از خدمات اشتغال حداکثر هر شش ماه یک بار

- صدور معرفی نامه رسمی برای گروه هدف نیازمند به مهارت آموزی به مراکز فنی حرفه ای شهرستان جهت رایگان شدن هزینه استفاده از دوره های مراکز آموزشی دولتی و تخفیف هزینه آموزشگاه های آزاد تحت نظارت سازمان فنی و حرفه ای
- ظرفیت سازی از طریق برگزاری دوره های آموزشی و انتشار محتواهای مورد نیاز سطوح اول و دوم
- نگهداری و در دسترس قرار دادن مستندات مرتبط با صورتجلسه کمیته اشتغال، پرداخت مشوق های بیمه ای، کمک هزینه ارتقای کارایی، تسهیلات اشتغالزایی، سرمایه کار بلاعوض، کمک هزینه آماده سازی شغلی و یارانه مراکز پشتیبانی شغلی در قالب فایل های الکترونیکی و بایگانی های فیزیکی در سطح شهرستان.
- ارتباط مستمر با کارشناسان معاونت های توانبخشی، سلامت اجتماعی و مشارکت های مردمی و به اشتراک گذاری بخش نامه ها و دستورالعمل ها جهت بهره مندی بیشتر گروه های هدف

ماده ۶. کمیته اشتغال

۱-۶. اعضا

۱-۱-۶. اعضای کمیته اشتغال استان متشکل است از:

- مدیرکل به عنوان رئیس یا معاون توسعه مدیریت و منابع به عنوان جانشین رئیس
- معاون اشتغال، کارآفرینی و توانمندسازی به عنوان دبیر
- معاون توانبخشی به عنوان عضو
- معاون سلامت اجتماعی به عنوان عضو
- رئیس اداره مدیریت عملکرد به عنوان عضو
- رئیس اداره حراست به عنوان عضو
- کارشناس مسئول اشتغال استان به عنوان عضو

۱-۲-۶. اعضای کمیته اشتغال شهرستان متشکل است از:

- رئیس اداره بهزیستی شهرستان به عنوان رئیس (جانشین رئیس یا معاون توسعه مدیریت و منابع شهرستان به عنوان جانشین رئیس)
- کارشناس اشتغال به عنوان دبیر
- کارشناس توانبخشی به عنوان عضو
- کارشناس سلامت اجتماعی به عنوان عضو
- مسئول مدیریت عملکرد به عنوان عضو
- مسئول حراست به عنوان عضو
- مددکار و یا تسهیلگر شغلی پرونده به عنوان عضو

۱-۳-۶. ریاست سازمان بهزیستی کشور می بایست برای تمامی روسای کمیته اشتغال استانی و مدیرکل استان

می‌بایست برای تمامی اعضای کمیته اشتغال استان و رئیس اداره بهزیستی شهرستان ابلاغ صادر نماید. همچنین رئیس اداره بهزیستی شهرستان می‌بایست برای تمامی اعضای کمیته اشتغال شهرستان ابلاغ صادر نماید. در صورت تغییر هر یک از اعضا، عضو جدید با ابلاغ، جایگزین فرد قبلی خواهد شد. ابلاغ اعضا می‌بایست برای رویت ناظران قابل دسترس باشد.

۴-۱-۶. رئیس اداره به عنوان رئیس و کارشناس اشتغال شهرستان، دبیر کمیته اشتغال شهرستان می‌باشند.

۵-۱-۶. با پیشنهاد اعضا و تصویب رئیس، حضور افراد مطلع بنا بر موضوع جلسه، بدون حق رای بلامانع است.

۲-۶. ضوابط تشکیل جلسات

۱-۲-۶. تشکیل جلسات

۱-۲-۶-۱. جلسات کمیته اشتغال در استان یا شهرستان با حضور نصف به علاوه یک اعضا رسمیت پیدا می‌کند و کلیه مصوبات با رای موافق نصف بعلاوه یک نفر اعضای دارای حق رای حاضر در جلسه به تصویب می‌رسد.

۲-۲-۶-۱-۲. در سطح شهرستان حضور رئیس بهزیستی شهرستان، کارشناس اشتغال و کارشناس حوزه تخصصی (بسته به حوزه کاری افراد متقاضی) در جلسه کمیته اشتغال شهرستان الزامی است.

۳-۲-۶-۱-۳. کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان موظف است هماهنگی لازم را با اعضا جهت شرکت در جلسه کمیته اشتغال شهرستان انجام دهد.

۴-۲-۶-۱-۴. معاون اشتغال، کارآفرینی و توانمندسازی استان موظف است هماهنگی لازم را با اعضا جهت شرکت در جلسه کمیته اشتغال استان انجام دهد.

۲-۲-۶. زمان تشکیل جلسات

۱-۲-۶-۲-۱. کمیته اشتغال می‌بایست در صورت وجود پرونده متقاضی در سطح استان حداکثر هر دو ماه یکبار و در سطح شهرستان حداکثر هر دو هفته یکبار به طور منظم تشکیل گردد.

تبصره: در صورت ضرورت، کمیته اشتغال استان می‌بایست متناسب با موارد دارای فوریت و کمیته اشتغال شهرستان زودتر از زمان مقرر جلسه فوق‌العاده برگزار نمایند.

۲-۲-۶-۲-۲. حداکثر زمان تعیین تکلیف درخواست متقاضی خدمات اشتغال پس از ارائه کامل مدارک پرونده اشتغال از سوی متقاضی در کمیته اشتغال شهرستان ۱۵ روز کاری و در کمیته اشتغال استان یک ماه کاری است.

تبصره ۱: ملاک محاسبه ۱۵ روز کاری، ارائه کامل پرونده اشتغال به کارشناس اشتغال شهرستان و زمان ثبت درخواست متقاضی در دبیرخانه بهزیستی می‌باشد.

تبصره ۲: ملاک محاسبه یک ماه کاری، زمان ارسال پرونده اشتغال توسط بهزیستی شهرستان به واحد اشتغال استان می‌باشد.

۳-۲-۶. مکان تشکیل جلسات

جلسات کمیته اشتغال استان در محل دفتر مدیرکل بهزیستی استان و کمیته اشتغال شهرستان در محل دفتر رئیس اداره برگزار می‌گردد.

۳-۶. وظایف کمیته اشتغال

۳-۶-۱. وظایف کمیته اشتغال استان

- بررسی و تحلیل نقاط قوت و ضعف فرایند ارائه خدمات اشتغال در شهرستان‌های استان
- سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی ارائه خدمات اشتغال در سطح استان متناسب با تحلیل‌های آماری
- ایجاد هماهنگی درون‌بخشی و تصمیم‌سازی در مورد تسهیل ارائه خدمات اشتغال
- بررسی و تایید درخواست طرح‌های کارفرمایی بالاتر از چهل میلیارد ریال
- بررسی و تایید درخواست طرح‌های کارفرمایی که نیاز به بررسی ویژه دارند، منوط به درخواست کمیته اشتغال شهرستان با حضور رئیس شهرستان یا نماینده تام‌الاختیار وی
- بررسی شکایت مستند متقاضیان نسبت به تصمیم کمیته اشتغال شهرستان و یا موارد دارای ابهام
- ارجاعی از کمیته اشتغال شهرستان

۳-۶-۲. وظایف کمیته اشتغال شهرستان

- هماهنگی درون‌بخشی جهت تصمیم‌گیری در خصوص ارائه بهینه خدمات اشتغال
- اولویت‌بندی افراد متقاضی دریافت خدمات اشتغال بر حسب شاخص‌های تعیین شده
- صحت‌سنجی مدارک و اهلیت‌سنجی متقاضی دریافت خدمات اشتغال
- بررسی و تایید درخواست‌های تسهیلات طرح‌های کارفرمایی تا سقف چهل میلیارد ریال
- بررسی و تایید درخواست‌های مربوط به تسهیلات طرح‌های خوداشتغالی، مشوق‌های بیمه‌ای خویش-فرمایی، کارفرمایی و کمک هزینه ارتقای کارایی معلولان
- بررسی درخواست‌های مربوط به سرمایه کار بلاعوض، کمک هزینه آماده‌سازی شغلی و یارانه مراکز پشتیبانی شغلی
- بررسی گزارش‌های بازدید حضوری با هدف اهلیت‌سنجی متقاضی
- بررسی عملکرد تسهیلگران شغلی و مددکاران در حیطه وظایف مرتبط با خدمات اشتغال
- بررسی و تحلیل نقاط قوت و ضعف فرایند ارائه خدمات اشتغال در سطح شهرستان

بر اساس جدول شماره ۳ بخش چکیده توجه به نکات زیر در مصوبات کمیته اشتغال ضروری است:

تبصره ۱: تصویب ارائه هم‌زمان دو خدمت پرداخت تسهیلات خوداشتغالی و بیمه سهم خویش‌فرما برای یک فرد خوداشتغال در یک تاریخ یکسان در کمیته اشتغال در صورت وجود اعتبار و نبود فرد متقاضی پشت‌نوبت، بلامانع است.

تبصره ۲: تصویب ارائه پرداخت هم‌زمان سرمایه کار بلاعوض و تسهیلات خوداشتغالی در یک تاریخ یکسان، مجاز نمی‌باشد.

تبصره ۳: به ترتیب تصویب پرداخت سرمایه کار بلاعوض سپس تسهیلات خوداشتغالی و یا بیمه سهم خویش‌فرما (در صورت وجود اعتبار) در سه تاریخ جداگانه در طی یک سال مجاز است ولی در سامانه رصد

اشتغال یک تعهد انجام شده در آن سال محسوب می‌شود.

تبصره ۴: تصویب ارائه هم‌زمان دو خدمت کارفرمایی به ازای به‌کارگیری یک فرد تحت پوشش در یک تاریخ یکسان در کمیته اشتغال بلامانع است.

تبصره ۵: پرداخت حق بیمه سهم کارفرما و کمک هزینه ارتقای کارایی برای فرد دارای معلولیت خفیف مجاز نمی‌باشد.

تبصره ۶: پرداخت هم‌زمان تسهیلات کارفرمایی با حق بیمه کارفرمایی یا کمک هزینه ارتقای کارایی برای تمامی افراد دارای معلولیت با شدت خفیف تا خیلی شدید بلامانع است.

تبصره ۷: در صورتی که کارفرمایی هم‌زمان متقاضی تسهیلات کارفرمایی و حق بیمه کارفرمایی و یا تسهیلات کارفرمایی و کمک هزینه ارتقای کارایی افراد دارای معلولیت باشد، کمیته اشتغال می‌بایست برای هر درخواست جداگانه فرم تاییدیه کمیته اشتغال خدمت مربوطه را تکمیل نماید.

تبصره ۸: تصویب پرداخت هم‌زمان سه خدمت تسهیلات کارفرمایی، بیمه سهم کارفرما و کمک هزینه ارتقای کارایی بابت یک فرد تحت پوشش به یک کارفرما تحت هیچ شرایط مجاز نمی‌باشد.

تبصره ۹: هرگونه تغییر در میزان پرداخت خدمات نظیر تغییر در میزان پرداخت حق بیمه سهم خویش فرما ناشی از تغییر قرارداد مثلاً از ۱۴ درصد به ۱۸ درصد و ... می‌بایست مجدداً در کمیته اشتغال مطرح و در صورت وجود منابع اعتباری پس از تصویب اعضاء جهت پرداخت اقدام گردد.

ماده ۷. پرونده خدمات اشتغال

- ۷-۱. شرط اولیه ورود به چرخه دریافت خدمات اشتغال بهزیستی، ثبت نام در سامانه مددجویی ارمغان به عنوان فرد تحت پوشش فعال می‌باشد.
- ۷-۲. دریافت هرگونه خدمات اشتغال از بهزیستی مستلزم تکمیل قسمت ارزیابی در "سامانه خدمات اشتغال بهزیستی" توسط مددکار مربوطه می‌باشد.
- ۷-۳. تشکیل پرونده اشتغال توسط مددکار برای مددجویان فاقد شغل به دو صورت الکترونیکی و کاغذی صورت می‌گیرد.
- ۷-۳-۱. پرونده الکترونیکی: پرونده الکترونیکی اشتغال برای تمام افراد تحت پوشش متقاضی خدمات اشتغال از طریق ثبت اطلاعات هویتی و شغلی و انجام ارزیابی و نیازسنجی در سامانه اشتغال بهزیستی تشکیل خواهد شد.
- ۷-۳-۲. پرونده کاغذی: شامل یک نسخه از مدارک لازم جهت دریافت هر یک از خدمات اشتغال مطابق با دستورالعمل مربوطه می‌باشد که با هدف بهره‌مندی فرد تحت پوشش یا عضو موثر خانواده وی جهت طرح در کمیته اشتغال تشکیل می‌گردد.

ماده ۸. سامانه‌های خدمات اشتغال

با هدف اطلاع‌رسانی و ثبت خدمات اشتغال ارائه شده سامانه‌های زیر مورد استفاده قرار می‌گیرند.

۸-۱. سامانه رصد اشتغال کشور

تمامی خدماتی که در طی سال از طریق بهزیستی برای افراد تحت پوشش یا غیرتحت پوشش، منجر به اشتغال جدید (ایجاد) شده باشد، می‌بایست در این سامانه به آدرس <https://rasad.mcls.gov.ir> ثبت گردد. اشتغال‌های ثبت شده می‌بایست با الگوهای ارائه شده در ماده چهار فصل اول که در بخش مدیریت اشتغال سامانه رصد به چهار گروه خوداشتغالی، کارفرمایی حقیقی، حقوقی غیردولتی و دولتی غیررسمی تقسیم‌بندی شده، مطابقت داشته باشد.

تبصره ۱: ایجاد اشتغال مجدد برای افرادی که شغل خود را از دست داده و خروج از کار ثبت شده باشد، به عنوان اشتغال جدید در این سامانه قابل ثبت می‌باشد.

تبصره ۲: افراد تحت پوششی که از طریق آزمون‌های استخدامی در سازمان‌های دولتی به استخدام درآمده‌اند، در سامانه رصد قابل ثبت نمی‌باشند.

تبصره ۳: ارائه دو خدمت به یک فرد در طول یک سال در سامانه رصد قابل ثبت بوده ولی معادل یک تعهد محسوب می‌گردد.

۸-۲. سامانه جامع تسهیلات اشتغال کشور

تمامی تقاضاهای دریافت تسهیلات خوداشتغالی و کارفرمایی به منظور معرفی افراد تحت پوشش، اعضای موثر خانواده و کارفرمایان به شعب بانک‌های عامل، می‌بایست توسط متقاضیان در این سامانه به آدرس tek.mcls.gov.ir ثبت و پس از تایید درخواست در کمیته اشتغال شهرستان، ابتدا توسط کارشناسان اشتغال شهرستان و سپس کارشناس اشتغال استان تایید و به بانک عامل ارجاع گردد.

۸-۳. سامانه خدمات اشتغال بهزیستی

این سامانه به آدرس job.behzisti.net شامل دو بخش اصلی می‌باشد. بخش اول ارزیابی نام دارد که مددکاران اطلاعات هویتی، وضعیت شغلی و اطلاعات مربوطه به تعیین مسیر شغلی افراد جویای کار را تکمیل می‌نماید. بخش دوم مراحل دریافت خدمات اشتغال از مرحله تقاضا تا ثبت خدمات را شامل می‌گردد. تمامی متقاضیان بهره‌مندی از خدمات اشتغال می‌بایست از طریق این سامانه جهت دریافت خدمت اقدام نمایند.

۸-۴. سامانه جستجوی شغل

با هدف اطلاع‌رسانی این سامانه به آدرس shoghl.mcls.gov.ir امکاناتی را فراهم آورده تا کارجویان و کارفرمایان بتوانند بهترین انتخاب شغلی را داشته باشند.

کارفرمایانی که نیاز به نیروی کار دارند، در این سامانه ثبت نام نموده و پس از بررسی ادعای آنها در مورد کسب و کار و کارفرما بودنشان، می‌توانند درخواست نیروی کار نمایند.

همچنین، کارجویان نیز می‌توانند، نیازهای شغلی هر منطقه را بررسی نموده و شغل مناسب خود را با هزینه‌ای اندک پیدا نمایند.

پس از ثبت اطلاعات و سوابق شغلی کارجویان در این سامانه، در صورتی که به مهارت و تخصص خاصی نیاز داشته باشند، می‌توانند از دوره‌های مهارت‌آموزی سازمان فنی و حرفه‌ای کشور بهره‌مند گردند.

ماده ۹. نظارت بر خدمات اشتغال

با هدف شناسایی و اصلاح نقاط قابل بهبود و ارتقای کیفیت، نظارت بر فرایند ارائه خدمات اشتغال بهزیستی شامل نظارت بر مدیریت فرایند در سطوح مختلف و همچنین نظارت بر خدمات ارائه شده به مشمولین واجد شرایط انجام می‌گردد. هدف از انجام نظارت‌ها اطمینان از این موضوع است که خدمات ارائه شده به ویژه وام اشتغالی منجر به اشتغال شده باشد.

۹-۱. روش‌های نظارت

نظارت بر خدمات اشتغال بهزیستی به پنج روش زیر صورت می‌گیرد که عبارتند از:

- حضوری (میدانی)
- تلفنی
- بررسی و تحلیل اطلاعات و آمار جمع‌آوری شده
- استقرار سامانه‌های نظارتی
- نظارت از طریق راهبری شغلی

۹-۲. سطوح نظارت

پنج سطح نظارت بر خدمات اشتغال بهزیستی عبارتند از:

۹-۲-۱. نظارت سطح اول توسط مددکاران

نظارت بر خدمات اشتغال توسط مددکاران به دو صورت تلفنی و حضوری به شرح زیر انجام می‌گیرد. نتایج این روش توسط مددکاران در سامانه مربوطه به ثبت می‌رسد.

۹-۲-۱-۱. نظارت تلفنی

در این مدل، مددکار از طریق تماس تلفنی بر دریافت وام خوداشتغالی و کارفرمایی به شرح زیر نظارت می‌نماید:

الف. نحوه انجام نظارت تلفنی وام خوداشتغالی توسط مددکار

متقاضیانی که وام اشتغال دریافت می‌کنند، طی ماه اول و همچنین سه یا شش ماه پس از دریافت وام به صورت تلفنی مورد نظارت قرار می‌گیرند. انجام نظارت تلفنی، شامل مراحل زیر است:

۱. اسامی وام‌گیرندگان به طور ماهیانه از طریق سامانه نظارت به تفکیک افراد تحت پوشش هر مددکار شامل اطلاعات موجود در جدول زیر برای مددکار ارسال می‌گردد و مددکار بر اساس کد ملی اقدام به برقراری

تماس تلفنی می‌نماید.

استان	شهرستان	کد مرکز (ویژه مراکز مثبت)	نام و نام خانوادگی وام گیرنده	کد ملی	شماره تلفن وام گیرنده	نوع شغل	میزان مبلغ وام دریافتی (به ریال)	تاریخ دریافت وام

۲. پس از تماس تلفنی مددکار ضمن معرفی خود و بیان هدف تماس و رعایت آداب و حفظ کرامت افراد تحت پوشش، سوالات خود را به شرح زیر طرح می‌نماید.

مثال: سلام آقا یا خانم من هستم مددکار بهزیستی، می‌خواستم در مورد وام اشتغالی که گرفتین چند تا سوال کنم. ممنون که وقت می‌زارین.

سوالات نظارت تلفنی وام خوداشتغالی

میزان وام دریافتی شما چقدر است؟	 میلیون ریال		
با وامی که گرفتی چه شغلی راه اندازی کرده‌ای؟	نوع شغل نوشته شود:.....		
آیا شغل مورد نظر را شروع کرده‌ای؟	بله ☐	خیر ☐	
مبلغ وام را صرف چه اقدامی کردید؟	خرید ابزار کار و تجهیزات ☐	اجناس و مواد اولیه ☐	سایر با ذکر نوع
توانایی فروش محصول یا خدمات مربوط به شغل تان را دارید؟	بله ☐	خیر ☐	
آیا با میزان درآمد حاصل از شغل تان می‌توانید اقساط وام را پرداخت کنید؟	بله ☐	خیر ☐	

۳. تکمیل و ثبت نتایج نظارت تلفنی توسط مددکار در سامانه تا پایان هر ماه

استان	شهرستان	کد مرکز	نام و نام خانوادگی وام گیرنده	کد ملی	شماره تلفن وام گیرنده	میزان مبلغ وام دریافتی (به ریال)	تاریخ دریافت وام	نوع شغل مورد تایید است؟	شغل ایجاد شده فعال است
								بله / خیر	بله / خیر

ب. نحوه انجام نظارت تلفنی وام کارفرمایی توسط مددکار

کارفرمایانی که وام اشتغال دریافت می‌کنند، یک، سه و شش ماه پس از دریافت وام به صورت تلفنی در خصوص وضعیت کاری فرد تحت پوشش استخدام شده مورد نظارت قرار می‌گیرند.

انجام نظارت تلفنی شامل مراحل زیر است:

۱. فهرست اسامی کارفرمایان به طور ماهیانه از طریق سامانه به تفکیک افراد تحت پوشش هر مددکار در جدولی به شکل زیر به مرکز ارسال می‌گردد و مددکار بر اساس اسامی اعلام شده اقدام به برقراری تماس تلفنی می‌نماید.

استان	شهرستان	کد مرکز	نام و نام خانوادگی کارفرما	کد ملی	شماره تلفن وام گیرنده	میزان مبلغ وام دریافتی (به ریال)	تاریخ دریافت وام

۲. پس از تماس تلفنی مددکار ضمن معرفی خود و بیان هدف تماس و رعایت آداب و حفظ کرامت کارفرما و افراد تحت پوشش، سوالات خود را به شرح زیر طرح می‌نماید.

مثال: سلام آقا یا خانم من هستم، مددکار بهزیستی می‌خواستم در مورد وام اشتغالی که به خاطر استخدام (نام و نام خانوادگی فرد تحت پوشش) گرفتم چند تا سوال کنم. ممنون که وقت می‌ذارین.

سوالات نظارت تلفنی وام کارفرمایی

میزان وام دریافتی شما چقدر است؟		 میلیون ریال
وامی که گرفته‌اید صرف راه‌اندازی شغل جدید کرده‌اید یا توسعه شغل قبلی؟		ایجاد ☐ توسعه ☐
آیا (فرد معرفی شده) مشغول بکار شده است؟		بله ☐ خیر ☐
آیا از عملکرد کاری (فرد معرفی شده) رضایت دارید؟		بله ☐ خیر ☐
آیا از اخلاق و رفتار (فرد معرفی شده) رضایت دارید؟		بله ☐ خیر ☐
آیا تمایل دارید مددجوی جدیدی از بهزیستی را بکار بگیرید؟		بله ☐ خیر ☐

۳. تکمیل و ثبت نتایج نظارت تلفنی توسط مددکار در سامانه تا پایان هر ماه

استان	شهرستان	کد مرکز	نام و نام خانوادگی کارفرما	کد ملی	شماره تلفن کارفرما	میزان مبلغ وام دریافتی (به ریال)	تاریخ دریافت وام	اشتغال مددجو مورد تایید است؟	کارگاه فعال است؟	توضیحات
								بله / خیر	بله / خیر	

جدول شاخص‌های پیگیری پس از دریافت وام اشتغال

ردیف	بازه زمانی	تناوب پیگیری	نوع پیگیری
۱	طی ماه اول	یک بار	تماس تلفنی با خوداشتغال یا کارفرما
۲	سه و شش ماه پس از دریافت وام اشتغال	یک بار	یک بار تماس تلفنی با فرد خوداشتغال یا کارفرما و یکبار بازدید حضوری از محل شغل

۹-۲-۱. نظارت حضوری توسط مددکار

در این روش نظارتی، مددکار در طی دوره شش ماهه پس از دریافت وام اشتغال، یک بار از طریق حضور در محل اشتغال، بر شغل ایجاد شده از دریافت وام خوداشتغالی (فرم شماره ۷) و یا اشتغال‌های ایجاد شده در طرح‌های کارفرمایی (فرم شماره ۵) اقدام می‌نماید.

۹-۲-۲. نظارت سطح دوم توسط تسهیلگران شغلی

در این روش نظارتی، هر تسهیلگر شغلی تا ۱۶۰ فرد تحت پوشش را در طول یک سال حداقل ماهی دو بار از طریق برنامه راهبری و پشتیبانی شغلی با هدف پایداری شغلی مطابق دستورالعمل مربوطه تحت نظارت خواهد داشت.

۹-۲-۳. نظارت سطح سوم توسط کارشناسان اشتغال شهرستان

۹-۲-۴. نظارت سطح چهارم توسط کارشناسان اشتغال استان

۵-۲-۹. نظارت سطح پنجم توسط کارشناسان اشتغال کشور

در سطح سوم، چهارم و پنجم نظارت، کارشناسان از طریق روش‌های نظارتی حضوری (بر اساس چک‌لیست‌های مرتبط با هر خدمت)، تلفنی (بر اساس سامانه نظارت)، جمع‌آوری و بررسی اطلاعات و آمار و شناسایی مغایرت‌ها و همچنین سامانه‌های ثبت خدمات اشتغال اقدام به نظارت می‌نمایند. در جدول زیر روش نظارت در سطوح مختلف پنج‌گانه به طور خلاصه ذکر گردیده است.

جدول شماره ۲. برنامه نظارت بر خدمات اشتغال در سطوح پنج‌گانه

عنوان خدمت	زمان ارائه خدمت	پایشگر			
		سطح اول نظارت	سطح دوم نظارت	سطح سوم نظارت	سطح چهارم نظارت
		مددکار	تسهیلگر شغلی	کارشناس اشتغال شهرستان	کارشناس اشتغال استان
تسهیلات خوداشتغالی	سال جاری	یک، سه و شش ماه پس از وام (۲ بار تلفنی یک بار حضوری)	حداقل ماهی دو بار در قالب برنامه پشتیبانی شغلی	بررسی سامانه و نظارت تلفنی (روزانه ۱ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد	بررسی سامانه و نظارت تلفنی (روزانه ۲ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد
تسهیلات کارفرمایی	سال جاری	یک، سه و شش ماه پس از وام (۲ بار تلفنی یک بار حضوری)	حداقل ماهی دو بار در قالب برنامه پشتیبانی شغلی	بررسی سامانه و نظارت تلفنی (هفته‌ای ۲ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد	بررسی سامانه و نظارت تلفنی (روزی ۱ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد
حق بیمه خویش‌فرمایی	ایجاد	-	حداقل ماهی دو بار در قالب برنامه پشتیبانی شغلی	بررسی سامانه و نظارت تلفنی (هفته‌ای ۱ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد	بررسی سامانه و نظارت تلفنی (هفته‌ای ۱ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد
	تثبیت	-	حداقل ماهی دو بار در قالب برنامه پشتیبانی شغلی	بررسی سامانه و نظارت تلفنی (هفته‌ای ۱ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد	بررسی سامانه و نظارت تلفنی (روزانه ۲ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد

بررسی سامانه و نظارت تلفنی (روزانه ۲ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد	بررسی سامانه و نظارت تلفنی (هر دو هفته ۱ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد	بررسی سامانه و نظارت تلفنی (هفته‌ای ۱ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد	حداقل ماهی دو بار در قالب برنامه پشتیبانی شغلی	-	ایجاد	حق بیمه کارفرمایی
بررسی سامانه و نظارت تلفنی (روزانه ۲ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد	بررسی سامانه و نظارت تلفنی (هر دو هفته ۱ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد	بررسی سامانه و نظارت تلفنی (هفته‌ای ۲ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد	حداقل ماهی دو بار در قالب برنامه پشتیبانی شغلی	-	تثبیت	
بررسی سامانه و نظارت تلفنی (روزانه ۲ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد	بررسی سامانه و نظارت تلفنی (هر دو هفته ۱ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد	بررسی سامانه و نظارت تلفنی (هر دو هفته ۱ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد	حداقل ماهی دو بار در قالب برنامه پشتیبانی شغلی	-	ایجاد	کمک هزینه ارتقای کارایی معلولان
بررسی سامانه و نظارت تلفنی (روزانه ۲ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد	بررسی سامانه و نظارت تلفنی (هر دو هفته ۱ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد	بررسی سامانه و نظارت تلفنی (هر دو هفته ۱ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد	حداقل ماهی دو بار در قالب برنامه پشتیبانی شغلی	-	تثبیت	
بررسی سامانه و نظارت تلفنی (روزانه ۴ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد	بررسی سامانه و نظارت تلفنی (هر هفته ۱ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد	بررسی سامانه و نظارت تلفنی (هر دو هفته ۱ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد	حداقل ماهی دو بار در قالب برنامه پشتیبانی شغلی	یک، سه و شش ماه پس از دریافت سرمایه کار بلاعوض (۲ بار تلفنی یک بار حضوری)	سال جاری	سرمایه کار بلاعوض
بررسی سامانه و نظارت تلفنی (روزانه ۴ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد	بررسی سامانه و نظارت تلفنی (هر دو هفته ۱ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد	بررسی سامانه و نظارت تلفنی (هر دو هفته ۱ مورد) و حضوری از موارد چالشی بر حسب مورد	حداقل ماهی دو بار در قالب برنامه پشتیبانی شغلی	-	سال جاری	مراکز پشتیبانی شغلی

- تبصره: تعداد موارد نظارت تلفنی در هر شهرستان متناسب با تعداد تعهد اشتغال آن شهرستان تعیین می‌گردد، به طوری که تمامی افراد خدمت گیرنده حداکثر هر شش ماه یکبار تا دو سال مورد نظارت تلفنی قرار بگیرند.
- کارشناس اشتغال شهرستان می‌بایست در صورت ارائه گزارش مشکل از سوی مددکار یا تسهیلگر شغلی پس از اعطای تسهیلات به فرد خوداشتغال یا کارفرما و یا سایر خدمات اشتغال به منظور حل مسئله و حصول اطمینان از استمرار اشتغال افراد تحت پوشش نسبت به بازدید حضوری اقدام نماید.
 - کارشناس اشتغال استان می‌بایست در صورت ارائه گزارش مورد خاص از سوی کارشناس اشتغال شهرستان به منظور حل مسئله نسبت به بازدید حضوری اقدام نماید.
 - تمامی مفاد این دستورالعمل می‌بایست در واحد اشتغال شهرستان و استان مورد نظارت قرار گیرد.
 - مسئولیت نظارت بر حسن اجرای تمامی مفاد این دستورالعمل برعهده مدیرکل بهزیستی استان است.

ماده ۱۰. این دستورالعمل در ۱۰ ماده و ۱۸ تبصره توسط معاونت کارآفرینی و اشتغال سازمان بهزیستی تدوین و در شورای معاونین سازمان تصویب گردید که از تاریخ ابلاغ لازم الاجرا می‌باشد.

فصل دوم

دستور العمل نحوه پرداخت

تسهيلات خوداشتغالي و كارفرمايي

در راستای ایجاد اشتغال برای افراد تحت پوشش واجد شرایط عمومی و اختصاصی از طریق پرداخت تسهیلات قرض الحسنه اشتغالزایی، این فصل از دستورالعمل در دو قالب خوداشتغالی (بخش اول) و کارفرمایی (بخش دوم) به شرح زیر تدوین گردید.

بخش اول. نحوه پرداخت تسهیلات خوداشتغالی

ماده ۱. تعریف مفاهیم و واژه‌ها

در این دستورالعمل اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می‌روند.

خوداشتغالی: خوداشتغالی فرصتی است برای افراد تا بتوانند از طریق آن کسب درآمد و امرار معاش نموده و با جامعه همکاری اقتصادی نمایند. فعالیت‌های خوداشتغالی شامل تولید، ارائه نوعی خدمت و خرید و فروش است که ممکن است به صورت فردی یا گروهی، نیمه وقت یا تمام وقت، رسمی یا غیررسمی باشند و قابلیت اجرای یکسانی در مناطق روستایی و شهری دارد.

تسهیلات خوداشتغالی: پولی است که توسط بانک‌های عامل به صورت وام قرض الحسنه اشتغالزایی با نرخ سود کم و بازپرداخت بلندمدت تا سقف تعیین شده توسط شورای پول و اعتبار برای راه اندازی، تکمیل یا توسعه کسب و کار به صورت خوداشتغالی (مشاغل خانگی یا غیرخانگی) یا اشتغال گروهی به خود فرد تحت پوشش یا عضو موثر خانواده وی پرداخت می‌گردد.

طرح ایجاد: کسب و کارهایی که برای اولین بار در طی همان سال منجر به راه‌اندازی اشتغال شده و به ازای آن به فرد تحت پوشش یا عضو موثر خانواده به صورت خوداشتغالی یا به کارفرما برای به‌کارگیری افراد تحت پوشش تسهیلات پرداخت می‌گردد.

طرح تکمیلی: کسب و کارهایی که با هدف کامل نمودن طرح‌های نیمه تمام یا تکمیل فضای کار، ابزار، تجهیزات، یا مواد مصرفی شغل در حال راه‌اندازی یا تازه تاسیس به فرد خوداشتغال یا کارفرما تسهیلات دریافت می‌نمایند.

طرح توسعه‌ای: کسب و کارهایی که با هدف توسعه طرح‌های شغلی موجود تسهیلات دریافت می‌نمایند.

ماده ۲. مشمولین دریافت تسهیلات خوداشتغالی

بر اساس ماده ۲ فصل اول این دستورالعمل، افراد مشمول تسهیلات اشتغالزایی به دو گروه مددجویی و غیرمددجویی تقسیم می‌گردند. دسته اول افراد دارای معلولیت و سایر گروه‌های هدف تحت پوشش معاونت سلامت اجتماعی تحت پوشش و دسته دوم اعضای موثر خانواده افراد غیرقابل توانمندسازی دارای شرایط عمومی و اختصاصی مندرج در ماده سه فصل دوم این دستورالعمل می‌باشند.

تبصره ۱: اعضای موثر خانواده، صرفاً مشمول استفاده از تسهیلات خوداشتغالی هستند.

تبصره ۲: به استناد قانون منع تصرف در اموال و حقوق مالی و غیر مالی محجورین، افراد دارای معلولیت ذهنی هوشی، اختلالات شناختی (دمانس، آلزایمر)، اختلال طیف اتیسم و اختلال اعصاب و روان غیرقابل توانمندسازی

با شدت خفیف، متوسط، شدید و خیلی شدید به علت عدم توانایی انجام امور مالی و بانکی به طور مستقل، مشمول دریافت تسهیلات خوداشتغالی نیستند و بایستی تسهیلات به عضو موثر خانواده ایشان پرداخت شود. این گروه می‌توانند از سایر خدمات اشتغال بهره‌مند گردند.

تبصره ۳: افراد غیرقابل بازتوان تحت پوشش معاونت سلامت اجتماعی به خانواده‌هایی اطلاق می‌گردد که:

- سرپرست خانوار به دلایلی از قبیل مراقبت همه جانبه از فرزندان یا سایر اعضا بنا به عللی نظیر معلولیت یا بیماری، امکان شرکت در برنامه‌های توانمندسازی را نداشته و خانواده به‌طور دائم یا موقت شرایط خروج از چرخه حمایت‌های سازمان و قطع مستمری را ندارد.
- خانواده‌های دو نفره و بالاتر که سرپرست به دلیل سن بالای ۶۵ سال و یا ابتلا به بیماری خاص و یا صعب‌العلاج امکان شرکت در برنامه‌های توانمندسازی را نداشته و سایر اعضا نیز واجد شرایط توانمندسازی به‌طور موقت یا دائم نباشند.
- خانواده‌های یک نفره‌ای که فرد به دلیل سن بالای ۶۵ سال و یا ابتلا به بیماری خاص و یا صعب‌العلاج امکان شرکت در برنامه‌های توانمندسازی را ندارد.
- فرزندان زیر ۱۸ سال تحت مراقبت در خانواده یا فرزندان مقیم مراکز زیر ۱۸ سال که سرپرست خانوار به دلیل سن بالای ۶۵ سال و یا ابتلا به بیماری خاص و یا صعب‌العلاج امکان شرکت در برنامه‌های توانمندسازی را ندارد.

ماده ۳. شرایط عمومی و اختصاصی مشمولین دریافت تسهیلات خوداشتغالی

۳-۱. شرایط عمومی

۱. تحت پوشش بودن و دارا بودن وضعیت فعال در سامانه مددجویان بهزیستی
- تبصره: افرادی که به طور موقت یا صرفاً یک بار از خدمات بهزیستی استفاده نموده‌اند مصداق تحت پوشش دائم نمی‌باشند.
۲. سن بین ۱۸ تا ۶۵ سال
۳. دارا بودن مدارک هویتی (کارت ملی)
۴. داشتن کارت پایان خدمت یا معافیت از سربازی برای آقایان زیر ۵۰ سال
- تبصره: کسانی که به سن ۵۰ سالگی رسیده باشند، نیازی به اقدام رسمی در نظام وظیفه ندارند و شناسنامه این افراد حکم معافیت دارد.
۵. دارا بودن شرایط جسمی و روانی متناسب با شغل مربوطه (دارا بودن اعضای بدنی متناسب با شغل مربوطه و نداشتن بیماری که با اجرای طرح خطرات جانی ایجاد نماید)
۶. تشکیل پرونده در بهزیستی شهرستان محل سکونت (توسط مراکز مثبت زندگی یا سایر بخش‌های مددکاری)

۷. مراجعه حضوری و رویت متقاضی یا عضو موثر خانواده در زمان ارائه درخواست کتبی

۳-۲. شرایط اختصاصی

۱. ارائه شناسه یکتا یا دارا بودن هرگونه مجوز فعالیت معتبر نظیر مجوز کسب و کار، پروانه کسب، پروانه فعالیت مرکز یا موسسه، پروانه بهره‌برداری، کارت مباشرت و یا هرگونه مجوز صادر شده از سوی دستگاه‌های اجرایی که منجر به ایجاد اشتغال شود.

تبصره ۱: تمامی افرادی که قصد راه‌اندازی کسب و کار دارند، بایستی نسبت به اخذ پروانه کسب از صنف مربوطه اقدام نمایند. پروانه کسب، جواز یا مجوز کسب هم نامیده می‌شود. به عنوان مثال برای اخذ جواز کسب مشاغل خانگی، متقاضی ابتدا در سایت مربوطه به آدرس mkh.mcls.gov.ir ثبت نام نموده و پس از بارگذاری مدارک مورد نیاز، نهاد اجرایی مربوطه درخواست را بررسی نموده و پس از تایید، جواز کسب دارای کد شناسه یکتا صادر می‌گردد.

تبصره ۲: از سال ۱۴۰۲ هر نوع مجوز کسب و کار یک فایل الکترونیکی شامل شناسه یکتا است که در بانک اطلاعات کسب و کارهای ایران به نشانی qr.mojavez.ir از طریق وب سرویس از بستر شبکه ملی تبادل اطلاعات قابل مشاهده و استعلام است. بر اساس تبصره ۶ ماده ۷ مکرر ذیل ماده ۱ قانون اشعاری (ابلاغیه شماره ۸۰/۳۳۵۳۵ مورخ ۱۴۰۲/۲/۳۱ وزیر اقتصاد)، ارائه شناسه یکتای موجود در بانک اطلاعات کسب و کارها به عنوان مجوز کسب و کار کفایت می‌کند و نیاز به مطالبه هیچ مدرکی نیست.

تبصره ۳: مجوزهای کسب و کار قدیمی که شناسه یکتا ندارند تا زمان دریافت شناسه یکتا توسط متقاضی جهت پرداخت تسهیلات و سایر خدمات اشتغال قابل پذیرش است.

۲. دارا بودن تخصص و مهارت‌های لازم درباره شغل پیشنهادی و ارائه یکی از مدارک تاییدکننده شایستگی مهارتی یا آموزش شغلی فرد شامل:

- گواهی آموزش یا مهارت‌آموزی از رشته مورد نظر که از طریق دستگاه‌های دارای صلاحیت نظیر فنی و حرفه‌ای، میراث فرهنگی، گردشگری و صنایع دستی، جهاد کشاورزی، فرهنگ و ارشاد اسلامی، جهاد دانشگاهی، دانشگاه جامع علمی کاربردی و ... صادر شده باشد.

تبصره: بر اساس ماده ۴ تصویب‌نامه هیئت وزیران به شماره ۴۵۴۴۹/ت/۶۲۳۴۳ هـ مورخ ۱۴۰۳/۳/۱۶ گواهی‌نامه‌های صادره از دانشگاه جامع علمی کاربردی در قالب طرح آباد مورد پذیرش می‌باشد.

- مدرک دیپلم رسمی از وزارت آموزش و پرورش در رشته‌های تحصیلی فنی و حرفه‌ای یا کار و دانش
- مدرک فارغ‌التحصیلی دانشگاهی که قابلیت ایجاد اشتغال را داشته باشد نظیر تکنیسین برق صنعتی، مهندسی برق و

تبصره: ارائه یکی از دو مدرک مجوز فعالیت یا مدارک تاییدکننده شایستگی مهارتی برای دریافت وام اشتغال کافی است.

۳. عدم دریافت حقوق و دستمزد از سایر سازمان‌ها و نهادها هنگام تقاضا و نیز نداشتن سابقه بیمه کارفرمایی در یک ماه قبل از زمان درخواست وام خوداشتغالی به شرطی که حقوق بیکاری دریافت ننماید.

تبصره: داشتن بیمه تأمین اجتماعی درمانی مانع از دریافت تسهیلات نمی‌باشد.

۴. عدم اشتغال هم‌زمان در دستگاه‌های دولتی و عمومی اعم از وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها، موسسات، شرکت‌ها و نهادهای عمومی

۵. داشتن توان تأمین فضا و امکانات لازم متناسب با شغل مربوطه (برای کسب و کارهای وابسته به مکان)

۶. فراهم نمودن شرایط بازدیدهای ناظران حوزه اشتغال (قبل، حین و پس از اجرای طرح شغلی)
تبصره: تسهیلات خوداشتغالی صرفاً به افراد واجد شرایطی پرداخت می‌گردد که خود فرد قابل توانمندسازی مبلغ مورد نظر را صرف اشتغالزایی نماید و هزینه کرد وام در غیر اهداف شغلی مجاز نمی‌باشد.

ماده ۴. مدارک و شرایط مورد نیاز جهت دریافت تسهیلات خوداشتغالی

مدارک و شرایط مشترک و اختصاصی مورد نیاز جهت دریافت تسهیلات خوداشتغالی در گروه‌های مختلف تحت پوشش به شرح زیر می‌باشد.

۴-۱. مدارک و شرایط مورد نیاز مشترک برای افراد تحت پوشش و اعضای موثر خانواده

۴-۱-۱. مدارک مورد نیاز:

۱. پرینت استعلام تحت پوشش بودن و فعال بودن وضعیت فرد در سامانه بهزیستی
۲. پرینت استعلام از سایت "تامین من" مبنی بر نداشتن سابقه بیمه کارفرمایی در یک ماه گذشته
۳. تصویر کارت ملی متقاضی و همچنین کارت پایان خدمت یا معافیت برای آقایان زیر ۵۰ سال
۴. شناسه یکتا یا مجوز فعالیت (پروانه کسب، پروانه بهره‌برداری یا پروانه فعالیت مرکز) و یا مدارک تاییدکننده شایستگی مهارتی (مدرک مهارتی معتبر یا مدرک دیپلم یا دانشگاهی مرتبط)
۵. فرم درخواست کتبی متقاضی (فرم شماره ۱)
۶. فرم تعهد هزینه‌کرد تسهیلات خوداشتغالی (فرم شماره ۱-۲)
۷. فرم طرح کسب و کار پیشنهادی متقاضی (فرم شماره ۳)
۸. گواهی آماده‌سازی شغلی (در صورت نیاز) (فرم شماره ۴)
۹. فرم اهلیت‌سنجی متقاضی و بررسی شرایط محیط کار توسط کارشناس اشتغال برای مشاغل وابسته به مکان (فرم شماره ۵)
۱۰. صورتجلسه کمیته اشتغال بهزیستی شهرستان (فرم شماره ۶)
۱۱. یک نسخه از معرفی‌نامه بانکی معتبر، در صورت عدم معرفی از طریق سامانه تسهیلات اشتغال کشور (TEK)

تبصره: درخواست مدارک اضافی به جزء موارد فوق مجاز نمی‌باشد.

۴-۱-۲. شرایط مورد نیاز:

- داشتن توانایی ارائه ضامن مورد تایید بانک عامل از سوی متقاضی (نظیر امکان ارائه فیش حقوقی، حکم کارگزینی و ...)
- فرد دارای معلولیت مقیم در مراکز مراقبتی شبانه‌روزی یارانه بگیر و همچنین اعضای موثر خانواده وی در صورتی که از یارانه مراقبتی استفاده می‌نمایند، مشمول هیچ یک از خدمات اشتغال نمی‌باشند، اما پس از بازتوانی و ترخیص از مرکز و سکونت در منزل، خود فرد تحت پوشش یا عضو موثر خانواده وی می‌توانند طبق دستورالعمل مربوطه متقاضی خدمات اشتغال باشند.
- سرپرست خانوار (پدر یا مادر واجد شرایط) دارای فرزندان دوقلو (دهک ۱ تا ۵) یا سه قلو و بیشتر (تمامی دهک‌ها) زیر ۷ سال تنها یک‌بار می‌تواند سقف وام اشتغال را دریافت نماید.

- صرفاً یکی از والدین کودکان کار می‌توانند سقف وام خوداشتغالی را دریافت نمایند.
- والدین دارای فرزندان سه قلو و بیشتر زیر ۷ سال در صورتی که سرپرست خانوار، حقوق بگیر یا مستمری بگیر باشد، اعطای تسهیلات به مادر غیرشاغل بلامانع است.
- زوجین تحت پوشش بهزیستی به شرط ارائه دو مدرک مهارتی و یا دو مجوز شغلی مجزا هر دو نفر هم زمان می‌توانند از خدمات اشتغال بهره‌مند گردند.

۴-۲. مدارک و شرایط اختصاصی مورد نیاز برای افراد بهبودیافته اعتیاد

علاوه بر شرایط عمومی و اختصاصی و همچنین ارائه مدارک مشترک، رعایت موارد زیر برای افراد بهبودیافته اعتیاد الزامی است:

۴-۲-۱. مدارک اختصاصی مورد نیاز:

- اصل جواب دو آزمایش منفی مصرف مواد مخدر شامل آزمایش منفی اول در زمان ترخیص و آزمایش منفی دوم هنگام درخواست تسهیلات اشتغال از آزمایشگاه معتبر مرکز بهداشت دانشگاه علوم پزشکی که تاریخ آزمایش‌ها ثابت کننده گذشت یکسال پاکي از اعتیاد فرد باشد.
 - اصل گواهی پاکي معتبر مبنی بر حداقل یک سال پاکي از اعتیاد از مراکز مجاز درمان اعتیاد (مطابق با فرم شماره ۸ فصل دوم این دستورالعمل) که توسط کارشناس حوزه تخصصی و رئیس اداره بهزیستی شهرستان تایید شده باشد و تاریخ صدور آن پس از تاریخ آزمایش دوم باشد. سوابق درمان فرد جهت رویت ناظران می‌بایست در مرکز مجاز درمان موجود باشد.
 - گزارش دارای مهر و امضای مددکار بخش دولتی یا غیردولتی اداره بهزیستی شهرستان مبنی بر احراز نیازمندی متقاضی
- تبصره ۱: در صورت تعطیلی هر یک از مراکز مجاز درمان تحت نظارت بهزیستی که فرد متقاضی تسهیلات در آن مرکز درمان شده است، ارائه گواهی صادر شده از اداره بهزیستی شهرستان بر اساس سوابق بایگانی شده موجود شامل یاری‌برگ، جواب معتبر آزمایش‌های قبلی یا گزارش‌های ارسالی از مرکز به اداره بهزیستی شهرستان، قابل پذیرش است. گواهی مذکور بایستی منضم به سوابق درمان فرد باشد.
- تبصره ۲: در مراکز مجاز درمان اعتیاد که تحت نظارت سایر دستگاه‌ها می‌باشند، گواهی پاکي از مواد مخدر می‌بایست به تأیید شبکه بهداشت شهرستان برسد و پس از تأیید در اداره بهزیستی شهرستان ملاک دریافت تسهیلات قرار گیرد.
- تبصره ۳: افراد بهبودیافته که خارج از استان یا شهرستان محل تشکیل پرونده مراحل درمان را سپری نموده‌اند، می‌بایست گواهی پاکي به تأیید استان یا شهرستان محل درمان رسیده باشد.
- تبصره ۴: در صورت راه‌اندازی سامانه جامع اعتیاد مدارک بایستی در سامانه بارگذاری شده باشد.

۴-۲-۲. شرایط اختصاصی مورد نیاز:

- کد ملی متقاضی بهبودیافته می‌بایست قبل از درخواست وام در سامانه مددجویی (ارمغان) ثبت گردد.
- افراد کمتر از یک سال و همچنین بیشتر از پنج سال سابقه پاکي مشمول دریافت خدمات اشتغال نمی‌باشند.

- از زمان آزمایش منفی دوم پاکی تا هنگام تشکیل پرونده اشتغال جهت طرح در کمیته اشتغال شهرستان نباید بیش از یک ماه گذشته باشد.
- بهبودیافتگانی که تحت درمان نگهدارنده هستند، با ارائه مدارک ذکر شده در بند ۱-۲-۴ می‌توانند متقاضی خدمات اشتغال گردند.
- گواهی پاکی می‌بایست پس از تایید حوزه تخصصی و امضای رئیس بهزیستی شهرستان جهت ارائه به کمیته اشتغال در دبیرخانه اداره بهزیستی شهرستان به ثبت اتوماسیونی برسد.
- اطلاع‌رسانی به بهبودیافتگان اعتیاد جهت دریافت وام اشتغال می‌بایست از طریق مراکز ماده ۱۵، مراکز جامع توانمندسازی و جامعه‌پذیری، واحدهای مدیریت مورد تحت نظارت بهزیستی و سایر مراکز مددکاری بهزیستی صورت پذیرد.

۴-۳. مدارک و شرایط اختصاصی مورد نیاز برای فرزندان انتقال یافته به زندگی مستقل و فرزند امدادگیر

بالای ۱۸ سال

علاوه بر شرایط عمومی و اختصاصی و همچنین ارائه مدارک مشترک، رعایت موارد زیر برای فرزند انتقال یافته به زندگی مستقل الزامی است:

۴-۳-۱. مدارک اختصاصی مورد نیاز:

- تاییدیه کتبی از حوزه سلامت اجتماعی بهزیستی شهرستان به امضای رئیس بهزیستی شهرستان مبنی بر تحت پوشش بودن در مراکز مراقبتی بهزیستی و دارا بودن یا فاقد سرپرست بودن

۴-۳-۲. شرایط اختصاصی مورد نیاز:

- فرزندان انتقال یافته به زندگی مستقل مجرد یا متاهل می‌توانند پس از ترخیص از مراکز مراقبتی در سن ۱۸ سالگی حداکثر تا سن ۳۵ سالگی از تسهیلات اشتغالزایی بهره‌مند گردند.
- تبصره: فرزندان انتقال یافته به زندگی مستقل که هیچ سرپرستی ندارند، در صورت احراز شرایط می‌توانند بدون محدودیت سنی از تسهیلات اشتغالزایی بهره‌مند گردند.

۴-۴. مدارک و شرایط اختصاصی مورد نیاز برای فرد مبتلا به اچ آی وی / ایدز

۴-۴-۱. مدارک اختصاصی مورد نیاز:

- تاییدیه کتبی از حوزه سلامت اجتماعی بهزیستی شهرستان به امضای رئیس بهزیستی شهرستان مبنی بر تحت پوشش بودن در برنامه‌های پیشگیری و کنترل اچ آی وی / ایدز بهزیستی
- گواهی پزشک مورد تایید بهزیستی مبنی بر تایید بیماری و توانایی انجام کار

۴-۴-۲. شرایط اختصاصی مورد نیاز:

- افراد مبتلا به اچ آی وی / ایدز در صورت احراز آمادگی جسمانی تا زمانی که تحت پوشش بهزیستی هستند، مشمول دریافت تسهیلات اشتغالزایی می‌باشند.
- دارای پرونده در باشگاه‌های مثبت (مراکز خدمت‌رسان ویژه) تحت نظارت بهزیستی
- تبصره: به دلیل محرمانه بودن آمار این افراد، اطلاعات هویتی آنان صرفاً در باشگاه‌های مثبت نگهداری شده و تحت عنوان "حامی سلامت" در سامانه ارمغان ثبت می‌گردند.

۴-۵. مدارک و شرایط اختصاصی مورد نیاز برای عضو موثر خانواده

علاوه بر دارا بودن شرایط عمومی و اختصاصی و همچنین ارائه مدارک مشترک، رعایت موارد زیر برای اعضای موثر خانواده الزامی است:

۴-۵-۱. مدارک اختصاصی مورد نیاز:

- تصویر صفحه دوم شناسنامه جهت احراز نسبت خویشاوندی (پدر، مادر، خواهر، برادر، فرزند یا همسر)
- فرم درخواست کتبی عضو موثر خانواده (فرم شماره ۱)
- گواهی تایید مبنی بر غیرقابل توانمندسازی بودن فرد تحت پوشش از حوزه توانبخشی بهزیستی شهرستان یا استان که زمان صدور آن قبل از ارائه به کمیته اشتغال کمتر از یک سال باشد.
- تبصره ۱: در افراد دارای معلولیت ذهنی خفیف تا خیلی شدید، کارت معلولیت دارای اعتبار می‌تواند جایگزین این گواهی باشد.
- تبصره ۲: گواهی از کارافتادگی بانوی سرپرست خانوار یا فرد بهبودیافته اعتیاد که از زمان صدور آن بیش از یک سال نگذشته باشد، مورد پذیرش می‌باشد.
- فرم تعهد کتبی در بهزیستی شهرستان برای قیم، کفیل، حضانت‌کننده یا بستگان درجه یک و اجازه‌نامه کتبی از فرد تحت پوشش غیرقابل توانمندسازی غیرمحمور (فرم شماره ۲-۲)
- برگه قیمومیت، کفالت، حضانت، ولایت‌نامه، فرزندخواندگی و یا استشهاد محلی مبنی بر سرپرستی از فرد تحت پوشش بد یا بدون سرپرست

تبصره ۱: در گروه محجورین تحت پوشش نیازی به اجازه‌نامه نمی‌باشد.

تبصره ۲: والدین، همسر، خواهر، برادر، فرزند، قیم، کفیل و حضانت‌کننده فرد دارای معلولیت غیرقابل توانمندسازی محجور و غیرمحمور و همچنین قیم، والدین، خواهر، برادر یا فرزند واجد شرایط بانوی سرپرست خانوار غیرقابل توانمندسازی محجور و غیرمحمور و افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی/ایدز و والدین کودکان کار و خیابان می‌بایست فرم تعهد کتبی را تکمیل نمایند.

تبصره ۳: مدت اعتبار قیم‌نامه، برگه کفالت یا حضانت و ولایت‌نامه می‌بایست از زمان پرداخت تسهیلات حداقل تا چهار سال زمان داشته باشد.

تبصره ۴: اعضای موثر خانواده نیازی به ارائه گواهی آماده‌سازی شغلی ندارند.

۴-۵-۲. شرایط اختصاصی مورد نیاز:

- سرپرستی از فرد تحت پوشش غیرقابل توانمندسازی
- تبصره: خواهر و برادر فرد تحت پوشش که متاهل باشند در صورتی می‌توانند به عنوان عضو موثر متقاضی وام خوداشتغالی شوند که سرپرستی فرد تحت پوشش غیرقابل توانمندسازی برعهده ایشان باشد.
- فاقد سابقه دریافت تسهیلات اشتغالزایی
- تبصره ۱: اعضای موثر خانواده فقط یک‌بار می‌توانند سقف وام اشتغال را دریافت نمایند. در صورتی که یکی از اعضای موثر خانواده سقف وام را دریافت کرده باشند، سایر اعضای خانواده نمی‌توانند تقاضای وام نمایند.
- تبصره ۲: خانوارهای دارای حداقل یک فرد غیرقابل توانمندسازی و همچنین خانوارهای دارای حداقل دو عضو دارای معلولیت قابل توانمندسازی در صورتی که سرپرست یا قیم خانوار، حقوق بگیر یا مستمری بگیر باشد یا

فاقد کارت پایان خدمت باشد و یا بدهی معوقه یا چک برگشتی داشته باشد، اعطای تسهیلات به یکی دیگر از بستگان درجه یک (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر یا فرزند) به شرط دارا بودن سایر شرایط عمومی و اختصاصی بلامانع است.

تبصره ۳: در خانواده‌های دارای دو فرد دارای معلولیت و بالاتر، پرداخت همزمان تسهیلات خوداشتغالی به عضو موثر خانواده بابت تامین هزینه‌های فرد تحت پوشش غیرقابل توانمندسازی و همچنین به فرد دارای معلولیت قابل توانمندسازی تحت پوشش بلامانع است.

تبصره ۴: در خانواده‌هایی که دارای بانوی سرپرست خانوار غیرقابل توانمندسازی و یک عضو قابل توانمندسازی تحت پوشش مثل فرد دارای معلولیت یا بهبودیافته اعتیاد که در یک منزل سکونت دارند، پرداخت همزمان تسهیلات خوداشتغالی به عضو موثر خانواده بانوی سرپرست خانوار غیرقابل توانمندسازی و همچنین به فرد تحت پوشش قابل توانمندسازی بلامانع است.

تبصره ۵: پرداخت همزمان تسهیلات خوداشتغالی به بانوی سرپرست خانوار قابل توانمندسازی غیرشاغل دهک ۱ تا ۵ و یکی از فرزندان بالای ۱۸ سال غیرشاغل وی برای یک بار بلامانع است.

تبصره ۶: پرداخت همزمان تسهیلات خوداشتغالی به همسر یا یکی از فرزندان غیرشاغل فرد سرپرست خانوار دارای معلولیت قابل توانمندسازی دهک ۱ تا ۷ بلامانع است.

تبصره ۷: پرداخت تسهیلات به یکی از والدین دارای فرزند معلول زیر ۱۸ سال قابل توانمندسازی منوط بر این‌که شاغل بخش دولتی یا غیردولتی بیمه‌پرداز نباشند، به شرط دارا بودن سایر شرایط عمومی و اختصاصی بلامانع است.

تبصره ۸: اعضای موثر خانواده که مستمری بگیر یا بازنشسته زیر ۶۵ سال هستند و میزان دریافتی آنان کمتر از حداقل حقوق مصوب وزارت کار در هر سال باشد، مشمول دریافت تسهیلات خوداشتغالی می‌باشند.

تبصره ۹: پرداخت تسهیلات خوداشتغالی به سرپرست فرد تحت پوشش زیر ۱۸ سال و بالای ۶۵ سال که مددجو امکان بهره‌مندی از تسهیلات اشتغالزایی را نداشته باشد، بلامانع است.

تبصره ۱۰: در صورتی که عضو موثر خانواده فرد دارای معلولیت تحت پوشش زیر ۱۸ سال تسهیلات خوداشتغالی دریافت کرده باشد، پس از این که فرد دارای معلولیت به سن قانونی برسد و واجد شرایط دریافت تسهیلات باشد، پرداخت تسهیلات خوداشتغالی به خود مددجو برای راه‌اندازی شغل بلامانع می‌باشد.

تبصره ۱۱: در خانوارهای با چند فرد دارای معلولیت غیرقابل توانمندسازی که همگی تحت سرپرستی یا قیمومیت یک نفر هستند، پرداخت همزمان تسهیلات خوداشتغالی به سرپرست و یکی دیگر از اعضای موثر خانواده واجد شرایط بلامانع می‌باشد.

ماده ۵. اولویت پرداخت

ملاک‌های اولویت‌بندی پرداخت تسهیلات اشتغال در شرایط یکسان در بین گروه‌های هدف واجد شرایط در کمیته‌های اشتغال شهرستان و استان عبارتند از:

- دهک خانوار
- شدت معلولیت

- سرپرست خانوار بودن
- تاهل به ویژه برای افراد متاهل دارای فرزند زیر هفت سال
- بعد خانوار
- وجود چند فرد دارای معلولیت در خانوار
- والدین دارای فرزندان سه قلو و بیشتر
- زوجین تحت پوشش بهزیستی
- مشمولین در سنین پایین تر
- سکونت در مناطق محروم و کم برخوردار
- طرح‌های اشتغالزایی ایجادى نسبت به طرح‌های تکمیلی و توسعه‌ای
- عدم بهره‌مندی از تسهیلات اشتغالزایی تاکنون
- افراد تحت پوشش بهزیستی نسبت به اعضای موثر خانواده

ماده ۶. مراحل پرداخت تسهیلات خوداشتغالی

۱. شناسایی، ارزیابی اولیه و نیازسنجی افراد جدید تحت پوشش واجد شرایط دریافت تسهیلات خوداشتغالی توسط مددکار
۲. اطلاع‌رسانی در مورد شرایط و مدارک مورد نیاز به افراد تحت پوشش واجد شرایط توسط مددکار
۳. ارجاع افراد تحت پوشش فاقد آگاهی و مهارت کافی نسبت به شغل مورد علاقه به دوره آماده‌سازی شغلی
۴. اطلاع‌رسانی به افراد با آگاهی و مهارت کافی نسبت به شغل مورد علاقه، جهت تشکیل پرونده تسهیلات اشتغال
۵. تکمیل فرم درخواست توسط فرد تحت پوشش متقاضی یا عضو موثر خانواده (فرم شماره ۱) تبصره ۱: پس از تکمیل تمامی مدارک پرونده و تایید کارشناس اشتغال، فرم درخواست بایستی در دبیرخانه بهزیستی شهرستان ثبت گردد.
- تبصره ۲: زمان ثبت به منزله زمان آغاز فرایند بررسی پرونده اشتغال می‌باشد.
۶. تکمیل فرم تعهد وام خوداشتغالی توسط فرد تحت پوشش متقاضی (فرم شماره ۱-۲) یا عضو موثر خانواده (فرم شماره ۲-۲)
۷. تکمیل طرح کسب و کار پیشنهادی توسط فرد تحت پوشش یا عضو موثر خانواده (فرم شماره ۳)
۸. ارائه گواهی تایید شده آماده‌سازی شغلی توسط فرد تحت پوشش واجد شرایط (فرم شماره ۴)
۹. ارائه مدارک به مددکار مطابق با ماده ۴ فصل دو، توسط متقاضی تحت پوشش با هدف تشکیل پرونده اولیه
۱۰. بررسی مدارک و شرایط عمومی و اختصاصی متقاضی و بررسی امکان ارائه خدمت (میزان بودجه مورد نیاز در بانک‌های عامل) توسط کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان و تایید شرایط متقاضی

۱۱. اهلیت‌سنجی متقاضی قبل از شروع کسب و کار از طریق بررسی طرح شغلی پیشنهادی متقاضی و تهیه گزارش از شرایط و مکان شغل وی توسط بهزیستی شهرستان (فرم شماره ۵) تبصره: بهزیستی شهرستان می‌بایست حداکثر ۱۵ روز پس از تاریخ درخواست متقاضی نسبت به بازدید از محل کسب و کار و تکمیل فرم اهلیت‌سنجی اقدام نماید.
۱۲. تایید نهایی مدارک و شرایط عمومی و اختصاصی متقاضی و موافقت با پرداخت و میزان تسهیلات مورد نیاز در کمیته اشتغال شهرستان (فرم شماره ۶)
۱۳. اطلاع‌رسانی به تاییدشدگان دریافت تسهیلات خوداشتغالی توسط کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان
۱۴. صدور اجازه ثبت‌نام در سامانه تسهیلات اشتغال کشور (TEK) به متقاضی توسط کارشناس اشتغال شهرستان
۱۵. تایید کارشناس اشتغال شهرستان و استان و ارجاع به بانک عامل و تعیین مهلت حداکثر ۳۰ روزه برای متقاضی از زمان معرفی به بانک جهت تحویل مدارک کامل و تضامین مورد نیاز
۱۶. پیگیری و تسهیلگری جهت پرداخت تسهیلات اشتغال به متقاضی توسط بانک عامل در مهلت ۳۰ روزه و اطمینان از پرداخت تسهیلات به متقاضی از بانک عامل از طریق اخذ تاییدیه از بانک توسط کارشناس اشتغال شهرستان
۱۷. جایگزینی فرد جدید با فردی که در مهلت ۳۰ روزه اقدام به مراجعه به بانک و ارائه مدارک ننماید، توسط کارشناس اشتغال شهرستان
۱۸. ثبت اطلاعات افراد بهره‌مند از تسهیلات خوداشتغالی در سامانه مددجویی بهزیستی
۱۹. ثبت اطلاعات دریافت‌کننده تسهیلات توسط کاربران در سامانه رصد اشتغال کشور (در صورتی که شغل متقاضی از نوع ایجادی باشد)
۲۰. نظارت حضوری از محل کسب و کار توسط مددکار تا شش ماه پس از دریافت وام و کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان در صورت مشاهده یا دریافت گزارش بروز مشکل (فرم شماره ۷)
۲۱. نظارت بر تمام فرایند فوق توسط معاون اشتغال، کارآفرینی و توانمندسازی و کارشناس اشتغال استان

ماده ۷. شرایط پرداخت تسهیلات خوداشتغالی

- ۷-۱. مبنای تعیین میزان تسهیلات خوداشتغالی توسط کمیته اشتغال شهرستان به ازای هر طرح پیشنهادی اشتغالزایی، سقف تعیین شده توسط بانک مرکزی در ابتدای هر سال می‌باشد.
- ۷-۲. کمیته اشتغال می‌تواند پس از بررسی هزینه‌های پیشنهادی متقاضی بر اساس شاخص‌های تعیین شده (فرم شماره هفت فصل دوم) در صورت لزوم نسبت به تعیین مبلغ منطقی تسهیلات مورد نیاز برای راه‌اندازی کسب و کار اقدام نماید.
- تبصره: کمیته اشتغال می‌تواند به طرح‌های پیشنهادی که برآورد میزان سرمایه مورد نیاز توسط متقاضی کمتر از میزان سقف تعیین شده در ابتدای هر سال توسط بانک مرکزی باشد، در صورت صحت و کفایت، برابر مبلغ درخواست متقاضی اقدام نماید.

۷-۳. کمیته اشتغال می‌بایست در طرح‌های پیشنهادی برای اشتغال‌های گروهی نظیر گروه‌های همیار، خودیار و صندوق‌های خرد محلی و همچنین طرح‌های دانش بنیان و طرح‌های اجرایی در مناطق محروم حداکثر سقف مصوب ابلاغی از سوی بانک مرکزی را تایید نماید.

تبصره: در اشتغال‌های گروهی و اجتماع‌محور می‌بایست حداقل نیمی از اعضای گروه از افراد تحت پوشش سازمان باشند و نماینده گروه جهت دریافت تسهیلات می‌بایست حتماً از افراد تحت پوشش باشد.

۷-۴. پرداخت تسهیلات خوداشتغالی به عضو موثر خانواده فرد دارای معلولیتی که یارانه بگیر مراکز پشتیبانی شغلی (SE) می‌باشد، مجاز نمی‌باشد.

۷-۵. پرداخت تسهیلات خوداشتغالی به فرد دارای معلولیتی که یارانه بگیر مراکز پشتیبانی شغلی (SE) می‌باشد، مجاز نمی‌باشد.

۷-۶. پرداخت تسهیلات از محل منابع تکلیفی و وجوه اداره شده در طی یک سال به افراد دارای شرایط به منظور توسعه یا تکمیل طرح خوداشتغالی و یا ایجاد اشتغال‌های کارفرمایی مجاز می‌باشد.

۷-۷. پرداخت تسهیلات خوداشتغالی به فرد تحت پوشش شاغلی که در یک سال مالی ابتدا سرمایه کار بلاعوض دریافت نموده با هدف تکمیل و توسعه کسب و کار، مجاز می‌باشد.

۷-۸. پرداخت تسهیلات خوداشتغالی به فردی که در همان سال کمک هزینه مهارت‌آموزی شغلی دریافت کرده، مجاز می‌باشد.

۷-۹. پرداخت تسهیلات خوداشتغالی با هدف تثبیت یا توسعه کسب و کار به فرد تحت پوششی که حق بیمه سهم خویش‌فرمایی دریافت می‌نماید، مجاز می‌باشد.

تبصره: تصویب پرداخت هم‌زمان تسهیلات و کمک هزینه بیمه خویش‌فرما در یک جلسه کمیته اشتغال برای یک فرد بلامانع است.

۷-۱۰. بنابر ابلاغیه بانک مرکزی پرداخت مجدد تسهیلات خوداشتغالی به افراد تحت پوششی که یک بار تا سقف سرانه مصوب تسهیلات را دریافت نموده‌اند، برای بار دوم مجاز نمی‌باشد.

۷-۱۱. بنابر ابلاغیه بانک مرکزی پرداخت مجدد تسهیلات تکمیلی (مابه‌التفاوت تسهیلات قبلی) با هدف توسعه یا تثبیت کسب و کار به افراد تحت پوششی که در همان سال یا سال‌های آتی تا سقف سرانه مصوب تسهیلات را دریافت نکرده‌اند، مجاز نمی‌باشد.

۷-۱۲. پرداخت مجدد تسهیلات خوداشتغالی به افراد تحت پوششی که طرح خوداشتغالی آنها دچار حوادثی از قبیل سیل و زلزله گردیده مشروط بر دریافت مجوز از مراجع مربوطه مجاز می‌باشد.

تبصره: پرداخت مجدد تسهیلات خوداشتغالی به افراد تحت پوششی که طرح خوداشتغالی آنها دچار حوادثی از قبیل آتش‌سوزی، سرقت و ... گردیده مجاز نمی‌باشد. خسارت مربوطه صرفاً از محل بیمه حوادث قابل جبران می‌باشد.

۷-۱۳. پرداخت تسهیلات خوداشتغالی یا کارفرمایی از محل منابع وجوه اداره شده (مددجویان دریافت‌کننده تسهیلات اشتغال) به افراد تحت پوشش مجاز می‌باشد.

تبصره: پرداخت تسهیلات توسعه‌ای خوداشتغالی یا ایجاد کارفرمایی از محل منابع داخلی بانک عامل حاصل از سپرده‌گذاری وجوه اداره شده به افراد تحت پوشش بهره‌مند از سایر تسهیلات تکلیفی پس از یک سال مالی از دریافت تسهیلات قبلی مجاز می‌باشد.

۷-۱۴. پرداخت تسهیلات به افراد تحت پوشش یا عضو موثر خانواده فرد غیرقابل توانمندسازی (غیرقابل بازتوانی، از کار افتاده یا محجور) که میزان مستمری دریافتی آنان از سازمان تامین اجتماعی کمتر از میزان حقوق مصوب وزارت کار در سال جاری باشد، مجاز می باشد.

۷-۱۵. پرداخت تسهیلات به افراد تحت پوششی که محل کار آنان با شهرستان محل تشکیل پرونده یکی نبوده با هماهنگی بین بهزیستی استان یا شهرستان مبدا (محل تشکیل پرونده) و مقصد (محل اشتغال فرد) پس از انجام بازدید و تایید صحت اطلاعات محل کسب و کار توسط استان یا شهرستان مقصد، از سهمیه اعتبارات محل تشکیل پرونده فرد، مجاز می باشد.

۷-۱۶. پرداخت تسهیلات اشتغالزایی باعث قطع هیچ یک از کمک هزینه های مستمر نظیر کمک هزینه نگهداری فرد دارای معلولیت در منزل یا حق پرستاری و غیره هیچ یک از افراد تحت پوشش بهزیستی نمی گردد.

۷-۱۷. تمامی مفاد این بخش از دستورالعمل می بایست در تصمیم های کمیته اشتغال شهرستان لحاظ گردد و توسط واحد اشتغال استان مورد نظارت قرار گیرد.

ماده ۸: نحوه معرفی متقاضیان تسهیلات خوداشتغالی به بانک عامل

۸-۱. تمامی متقاضیان پس از تایید در کمیته اشتغال از طریق سامانه TEK جهت دریافت تسهیلات به بانک عامل معرفی می گردند. متقاضیان معرفی شده از طریق سامانه تسهیلات اشتغال به بانک عامل، نیاز به معرفی نامه فیزیکی ندارند.

تبصره: در صورت قطعی یا خرابی بلندمدت سامانه، معرفی نامه های فیزیکی می تواند به صورت نامه رسمی، دارای امضای الکترونیک، شماره ثبت و ممهور به مهر اداره بهزیستی شهرستان صادر گردد.

۸-۲. مبلغ درج شده در معرفی نامه بانکی می بایست با مبلغ مصوب کمیته اشتغال بهزیستی شهرستان تطابق داشته باشد.

۸-۳. مسئولیت معرفی نامه فیزیکی یا سامانه ای بر عهده رئیس اداره بهزیستی شهرستان می باشد.

۸-۴. صدور هرگونه معرفی نامه بانکی بدون مصوبه کمیته اشتغال تخلف محسوب می گردد.

ماده ۹. وظایف کارشناس اشتغال شهرستان در پرداخت تسهیلات خوداشتغالی

کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان موظف است:

- مدارک و شرایط عمومی و اختصاصی متقاضی و امکان ارائه خدمت (میزان بودجه مورد نیاز در بانک های عامل) را بررسی و احراز شرایط را تایید نماید.
- اهلیت سنجی متقاضی قبل از شروع کسب و کار از طریق بررسی طرح شغلی پیشنهادی متقاضی و تهیه گزارش از شرایط و مکان شغل وی را حداکثر ۱۵ روز پس از درخواست متقاضی انجام دهد.
- زمان بندی و اولویت بندی متقاضیان جهت طرح درخواست در کمیته اشتغال شهرستان را مدیریت نماید و از کامل بودن مدارک پرونده اشتغال قبل از جلسه کمیته اشتغال اطمینان حاصل نماید.

- در صورت عدم مراجعه فرد معرفی شده جهت تشکیل پرونده در بانک در مهلت حداکثر ۳۰ روز پس از تاریخ صدور معرفی نامه بانکی، بلافاصله با هماهنگی بانک عامل فرد جایگزین معرفی نماید.
- از ثبت تسهیلات پرداخت شده در سامانه های مربوطه اطمینان حاصل نماید.
- از وضعیت شغلی فرد بهره مند با نظارت حضوری هر شش ماه یک بار تا دو سال اطلاع کسب نماید.
- موارد تغییرات محل کسب و کار و یا رسته فعالیت افراد تحت پوشش بهره مند شده از تسهیلات بانکی، را طی حداکثر یک ماه از مددکاران این افراد جمع آوری نموده و در بانک های اطلاعاتی درج نمایند.
- تمامی مستندات مرتبط با پرداخت تسهیلات اشتغالزایی را در قالب فایل های الکترونیکی و فیزیکی به فراخور در سطح شهرستان نگهداری و قابل دسترس قرار دهد.
- با توجه به شرایط خاص افراد تحت پوشش بهزیستی، افراد وام گیرنده را نسبت به بیمه نمودن تسهیلات اشتغال خود در قالب بیمه عمر مانده بدهکار و بیمه حوادث تشویق نمایند تا در صورت فوت وام گیرنده به منظور جلوگیری از مشکلات احتمالی و ایجاد خسارت برای ضامنین ریسک پرداخت اقساط از سوی شرکت بیمه گر تعهد گردد.
- کارکنان شاغل در ادارات بهزیستی مجاز به ضمانت تسهیلات خوداشتغالی افراد تحت پوشش نمی باشند.

ماده ۱۰. این دستورالعمل در ۱۰ ماده و ۴۵ تبصره توسط معاونت کارآفرینی و اشتغال سازمان بهزیستی تدوین و در شورای معاونین سازمان تصویب گردید که از تاریخ ابلاغ لازم الاجرا می باشد.

ضمائم

**مدارک و فرم‌های مورد نیاز
جهت دریافت تسهیلات خوداشتغالی**

شماره

تاریخ

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

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

فرم شماره یک

"درخواست وام خوداشتغالی"

فرم درخواست فرد تحت پوشش

جناب آقای / سرکار خانم

ریاست محترم اداره بهزیستی شهرستان

با سلام و احترام،

اینجانب فرزند متولد: و کدملی تحت پوشش حوزه توانبخشی یا سلامت اجتماعی جهت اشتغال در رشته متقاضی استفاده از وام خوداشتغالی می‌باشم. خواهشمند است دستور فرمایید اقدام لازم صورت پذیرد.

آدرس محل اجرای طرح:

شماره تلفن ثابت و همراه:

امضاء، اثر انگشت و تاریخ

فرم درخواست عضو موثر خانواده

جناب آقای / سرکار خانم

ریاست محترم اداره بهزیستی شهرستان

با سلام و احترام،

اینجانب فرزند متولد: / / و کدملی عضو موثر خانواده فرد تحت پوشش با کدملی تحت پوشش حوزه توانبخشی یا سلامت اجتماعی جهت اشتغال در رشته متقاضی استفاده از وام خوداشتغالی می‌باشم. خواهشمند است دستور فرمایید اقدام لازم صورت پذیرد.

آدرس محل اجرای طرح:

آدرس محل سکونت:

شماره تلفن ثابت و همراه:

امضاء، اثر انگشت و تاریخ

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

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

فرم شماره ۱-۲

"تعهدنامه وام خوداشتغالی (ویژه افراد تحت پوشش متقاضی)"

جناب آقای / سرکار خانم.....

ریاست محترم اداره بهزیستی شهرستان.....

با سلام و احترام،

- اینجانب..... فرزند متولد: / / با کدملی که از تسهیلات اشتغال‌زایی بانکی سازمان بهزیستی بهره‌مند می‌گردم، تعهد می‌نمایم:
۱. این وام را صرفاً به منظور راه‌اندازی کسب و کار و ایجاد شغل استفاده نموده و در جهت تامین سرمایه کار، مواد اولیه، تجهیزات و ابزار کار و مصرف ننمایم.
 ۲. مبلغ وام یا ابزار کار و مواد اولیه ای که با این اعتبارات تهیه می‌شود را به دیگران واگذار ننمایم.
 ۳. اقساط وام خود را در موعد سررسیدهای اعلام شده از طرف بانک عامل به مدت ماه پرداخت نمایم و در صورت عدم پرداخت زیان مربوط به دیرکرد وام را تقبل نمایم.
 ۴. در صورت مراجعه ناظران بهزیستی به محل کار و فعالیت خود جهت انجام بررسی‌های لازم، همکاری نموده و اطلاعات دقیق را در اختیار آنها قرار دهم.
 ۵. به محض تغییر رسته فعالیت و یا تغییر محل سکونت یا تغییر محل کار، مشخصات رسته جدید فعالیت، نشانی جدید محل سکونت و یا کار خود را به اداره بهزیستی شهرستان اطلاع دهم.
 ۶. در صورتیکه پس از دریافت وام به هر یک از این تعهدات عمل ننمایم به سازمان بهزیستی و بانک اختیار می‌دهم تا رأساً از طریق مراجع ذی‌صلاح نسبت به استرداد اصل و سود وام پرداختی (به نرخ متعارف بانکی) و جبران ضرر و زیان‌های وارده اقدام نموده و هیچ‌گونه ادعا و اعتراضی در این خصوص نداشته باشم.

شماره تلفن ثابت و همراه:

نام و نام خانوادگی متقاضی

امضاء، اثر انگشت و تاریخ

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

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

فرم شماره ۲-۲. "اجازه نامه و تعهدنامه عضو موثر خانواده جهت دریافت وام خوداشتغالی"

بند الف: تعهدنامه (این قسمت صرفاً برای افراد تحت پوشش غیرقابل توانمندسازی محجور و غیرمحجور تکمیل می گردد)

جناب آقا / سرکار خانم

ریاست محترم اداره بهزیستی شهرستان

با سلام و احترام، اینجانب فرزند متولد: / / با کد ملی
به عنوان (کفیل، قیم، حضانت کننده یا بستگان درجه یک): {عنوان ذکر شود} فرد تحت پوشش
..... با کد ملی تعهد می نمایم:

۱. از سود حاصل از این کسب و کار، هزینه فرد تحت پوشش عضو خانواده را تقبل نمایم.
۲. این وام را صرفاً به منظور راه اندازی کسب و کار و ایجاد شغل استفاده نموده و در جهت تامین سرمایه کار، مواد اولیه، تجهیزات و ابزار کار و مصرف نمایم.
۳. مبلغ وام یا ابزار کار و مواد اولیه ای که با این اعتبارات تهیه می شود را به دیگران واگذار ننمایم.
۴. اقساط وام خود را در موعد سررسیدهای اعلام شده از طرف بانک عامل به مدت ماه پرداخت نمایم و در صورت عدم پرداخت زیان مربوط به دیرکرد وام را تقبل نمایم.
۵. در صورت مراجعه ناظران بهزیستی به محل کار و فعالیت خود، اطلاعات دقیق را در اختیار آنها قرار دهم.
۶. به محض تغییر رسته فعالیت، محل سکونت یا محل کار، مشخصات رسته جدید فعالیت، نشانی جدید محل سکونت و یا کار خود را به اداره بهزیستی شهرستان اطلاع دهم.
۷. در صورتی که پس از دریافت وام به هر یک از این تعهدات عمل ننمایم به سازمان بهزیستی و بانک اختیار می دهم تا رأساً از طریق مراجع ذیصلاح نسبت به استرداد اصل و سود وام پرداختی (به نرخ متعارف بانکی) و جبران ضرر و زیان های وارده اقدام نموده و هیچ گونه ادعا و اعتراضی در این خصوص نداشته باشم.

شماره تلفن ثابت و همراه: نام و نام خانوادگی عضو موثر خانواده

امضاء، اثر انگشت و تاریخ

بند ب: اجازه نامه (این قسمت فقط برای افراد تحت پوشش غیرقابل توانمندسازی غیرمحجور تکمیل می گردد)

جناب آقا / سرکار خانم

ریاست محترم اداره بهزیستی شهرستان

با سلام و احترام،

اینجانب فرزند متولد: / / با کد ملی از افراد
تحت پوشش بهزیستی بوده و اجازه می دهم تا آقا/خانم به عنوان
اینجانب با هدف کمک به هزینه های بنده وام خوداشتغالی را دریافت نماید.

نام و نام خانوادگی فرد تحت پوشش

امضاء، اثر انگشت و تاریخ

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال
اداره کل بهزیستی استان اداره بهزیستی شهرستان.....

فرم شماره سه

" طرح کسب و کار پیشنهادی جهت دریافت وام خواشغالی "

اطلاعات اولیه کسب و کار	
نام و نام خانوادگی متقاضی:	کد ملی:
تلفن تماس:	
تاریخ تولد: / / میزان تحصیلات:	
وضعیت شغل فعلی: شاغل (خوداشتغال) ☐ بیکار ☐	
میزان آگاهی از کسب و کار پیشنهادی: اصلا آگاهی ندارم ☐ ؛ کم ☐ ؛ متوسط ☐ ؛ زیاد ☐	
میزان مهارت در کسب و کار پیشنهادی: اصلا مهارت ندارم ☐ ؛ کم ☐ ؛ متوسط ☐ ؛ زیاد ☐	
میزان تجربه در این کسب و کار: اصلا تجربه ندارم ☐ ؛ زیر شش ماه ☐ ؛ بین شش ماه تا یکسال ☐ ؛ بالای یکسال ☐	
آدرس محل کار: (نام شهر، نام روستا و)	
تلفن محل کار:	
مالکیت مکان کسب و کار: متعلق به خودم ☐ ؛ اجاره ☐ ؛ رهن ☐ ؛ والدین/خانواده ☐ ؛ دیگران ☐	
مالکیت ابزار و تجهیزات: متعلق به خودم ☐ ؛ اجاره ☐ ؛ رهن ☐ ؛ والدین/خانواده ☐ ؛ دیگران ☐	
میزان سرمایه ثابت و در گردش که در حال حاضر دارید چقدر است؟ ریال	
اطلاعات مرتبط با وام	
عنوان کسب و کار پیشنهادی:	
نوع اشتغال: انفرادی ☐ ؛ گروهی ☐ در صورت گروهی، چند نفر در این کسب و کار مشغول خواهند شد؟	
نوع اشتغال: خانگی ☐ ؛ غیرخانگی (نظیر مغازه، کارگاه و ...) ☐	
هدف از درخواست وام: راه اندازی کسب و کار جدید ☐ ؛ توسعه کسب و کار قبلی ☐ ؛ تکمیل کسب و کار قبلی ☐	
آیا تاکنون برای کسب و کار خود وام دریافت کرده‌اید؟ اگر بلی چه نوع وامی؟ بانکی ☐ ؛ صندوق‌های قرض الحسنه ☐ ؛ نهادهای حمایتی ☐ ؛ اقوام ☐ مبلغ: ریال	
آیا تاکنون در بازپرداخت وام دریافتی دچار مشکل شده‌اید؟ بله ☐ ؛ خیر ☐	
جزئیات کسب و کار	
می‌خواهید چه محصولی را تولید کنید یا چه خدماتی را ارائه دهید؟	
چه کسی محصولات تولیدی شما را می‌فروشد؟	
ویژگی خاص و مزیت محصول یا خدمتی که می‌خواهید به مشتری ارائه کنید، چیست؟	
چطور مردم با محصول یا خدمت شما آشنا و مطلع می‌شوند؟	
مشتریان محصول یا خدمات شما چه کسانی هستند؟	

رقبای کاری شما برای تولید این محصول یا خدمت چه کسانی هستند؟			
از کجا مواد اولیه خود را تهیه می کنید؟			
چگونه محصولات یا خدمات خود را قیمت گذاری خواهید کرد؟			
درآمد پیش بینی شده شما (چه روزانه، هفتگی یا ماهیانه) در شروع کسب و کار چقدر است؟			
سود مورد انتظار شما (چه روزانه، هفتگی یا ماهیانه) چقدر است؟ سود با کسر هزینه های بعد از فروش تعیین می شود.			
برآورد کل هزینه مورد نیاز برای راه اندازی / توسعه / تکمیل کسب و کار			
عنوان	برآورد کل هزینه (ریال)	میزان سهم آورده فرد (ریال)	مبلغ مورد نیاز از محل وام (ریال)
اجاره مکان کار			
خرید مواد اولیه و مصرفی			
خرید ابزار و تجهیزات مورد نیاز			
آب، گاز، برق، تلفن			
عوارض، مالیات			
ساخت و ساز			
آموزش			
بازاریابی و تبلیغات			
دریافت مجوز			
سایر هزینه ها			
جمع کل هزینه ها			*
نکته ۱: در قسمت فوق نیاز به ثبت هزینه های انجام شده تاکنون نمی باشد و صرفاً هزینه مورد نیاز نوشته شود. نکته ۲: علامت * میزان مبلغ مورد درخواست متقاضی متناسب با سقف وام قابل پرداخت توسط بانک در هر سال می باشد. اینجانب متقاضی وام خوداشتغالی، درستی مطالب فوق را تایید می نمایم. امضاء، اثر انگشت و تاریخ			

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال
اداره کل بهزیستی استان اداره بهزیستی شهرستان.....

فرم شماره چهار
" گواهی آماده سازی شغلی "

گواهی می گردد،

آقا / خانم فرزند متولد: / / با کد ملی تحت پوشش حوزه توانبخشی / سلامت اجتماعی جهت اشتغال در رشته به مدت روز یا ماه دوره آماده سازی شغلی را به شرح جدول زیر سپری نمودند.

عنوان	غیر قابل قبول	تا حدی قابل قبول	قابل قبول
وضعیت فرد تحت آموزش از لحاظ آمادگی روانی	☐	☐	☐
وضعیت فرد تحت آموزش از لحاظ آمادگی اجتماعی	☐	☐	☐
وضعیت فرد تحت آموزش از لحاظ آمادگی اقتصادی	☐	☐	☐

- اگر هر دو یا هر سه مورد غیر قابل قبول باشد، ارجاع جهت ارزیابی تخصصی حرفه ای توسط متخصص
- اگر فقط یک مورد غیر قابل قبول باشد، ارجاع جهت مشاوره
- اگر هر سه مورد تا حدی قابل قبول باشد، آماده دریافت خدمات اشتغال می باشد ولی نیاز به پشتیبانی شغلی ویژه دارد.
- اگر هر سه مورد قابل قبول باشد، ارجاع جهت دریافت خدمات اشتغال و ارائه پشتیبانی شغلی بر حسب ضرورت

آقا / خانم آماده دریافت خدمات اشتغال می باشد.	نام و نام خانوادگی تسهیلگر شغلی امضاء و تاریخ
---	--

اینجانب به مدت ماه / روز دوره آموزشی آماده سازی شغلی را سپری نمودم و نتیجه اعلام شده مورد تایید می باشد.	امضاء و تاریخ
--	---------------

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

اداره کل بهزیستی استان اداره بهزیستی شهرستان

فرم شماره پنج

گزارش اهلیت سنجی متقاضی و بررسی شرایط محیط کار (قبل از بهره‌مندی از وام خوداشتغالی)

نام و نام خانوادگی متقاضی: عنوان شغل: تاریخ تکمیل:
 آدرس و تلفن محل کار:

میزان آگاهی فرد تحت پوشش نسبت به شغل مورد علاقه چقدر است؟	فاقد آگاهی ☐	آگاهی کم ☐	متوسط ☐	زیاد ☐
میزان مهارت فرد تحت پوشش نسبت به شغل مورد علاقه چقدر است؟	فاقد مهارت ☐	مهارت کم ☐	متوسط ☐	زیاد ☐
میزان تجربه فرد تحت پوشش نسبت به شغل مورد علاقه چقدر است؟	فاقد تجربه ☐	زیر شش ماه ☐	بین شش ماه تا یک سال ☐	بیش از یکسال ☐
آیا گواهی تحصیلی مرتبط با اشتغال دارد؟	بله ☐	خیر ☐		
آیا تحصیلات فرد با شغل تناسب دارد؟	بله ☐	خیر ☐		
آیا گواهی مهارتی معتبر دارد؟	بله ☐	خیر ☐		
آیا مدرک مهارتی فرد با شغل تناسب دارد؟	بله ☐	خیر ☐		
آیا طرح شغلی پیشنهادی مورد تایید است؟	بله ☐	خیر ☐		
آیا پروانه کسب معتبر دارد؟	بله ☐	خیر ☐		
آیا مجوز کسب با نوع فعالیت مطابقت دارد؟	بله ☐	خیر ☐		

شماره پروانه فعالیت: تاریخ صدور پروانه فعالیت:

وضعیت کسب و کار: راه‌اندازی بعد از دریافت وام ☐؛ در حال تکمیل و آماده‌سازی ☐؛ فعال و نیاز به توسعه دارد ☐

شرایط محیط کار

آیا مکان مناسب برای راه‌اندازی کسب و کار دارد؟ (در صورت نیاز)	بله ☐	خیر ☐
آیا طرح پیشنهادی ایمنی شغلی برای فرد تحت پوشش دارد؟	بله ☐	خیر ☐
آیا نوع شغل با توانایی جسمی و روانی فرد تحت پوشش تناسب دارد؟	بله ☐	خیر ☐
آیا سن فرد با شغل تناسب دارد؟	بله ☐	خیر ☐
آیا مکان کار نیاز به مناسب سازی دارد؟	بله ☐	خیر ☐

توضیحات تکمیلی:

نتیجه بازدید: شرایط فرد تحت پوشش برای دریافت وام خوداشتغالی مورد تایید می‌باشد ☐ نمی‌باشد ☐

تصمیم کارشناسی: در صورت تایید: ارجاع پرونده به کمیته اشتغال؛ در صورت عدم تایید: ارجاع فرد به سایر خدمات اشتغال بجز وام خوداشتغالی

نام و نام خانوادگی کارشناس اشتغال شهرستان

امضاء و تاریخ

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

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

فرم شماره شش

"صورجلسه کمیته اشتغال شهرستان"

کمیته اشتغال با حضور اعضای زیر جهت بررسی و اعلام نظر در خصوص درخواست شماره مورخ / / با موضوع استفاده از تسهیلات خوداشتغالی توسط آقا/خانم تشکیل و تصمیم نهایی به شرح زیر اتخاذ گردید.

نام و نام خانوادگی متقاضی: نام پدر: سن: سال کدملی: عنوان طرح پیشنهادی: نوع تسهیلات: طرح ایجادي ☐ طرح تکمیلی ☐ طرح توسعه‌ای ☐ آدرس مکان کار: شماره تماس:

جدول الف. چک لیست مدارک مورد نیاز

ردیف	مدارک مورد نیاز	وضعیت مدارک
۱	پرینت استعلام سامانه بهزیستی (تحت پوشش بودن)	دارد
۲	تصویر کارت ملی و کارت پایان خدمت (برای آقایان زیر ۵۰ سال)	دارد
۳	تصویر صفحه دوم شناسنامه جهت احراز نسبت خانوادگی عضو موثر	دارد
۴	مجوز فعالیت (پروانه کسب یا پروانه فعالیت مرکز) یا کد شناسه یکتا	دارد
۵	مدرک تاییدکننده شایستگی حرفه‌ای (مدرک مهارتی یا تحصیلی)	فنی و حرفه‌ای
۶	درخواست کتبی متقاضی (فرم شماره ۱)	دارد
۷	فرم تعهد ویژه فرد تحت پوشش (فرم شماره ۱-۲)	دارد
۸	اجازنامه و تعهدنامه ویژه عضو موثر خانواده (فرم شماره ۲-۲)	دارد
۹	فرم طرح کسب و کار پیشنهادی (فرم شماره ۳)	دارد
۱۰	گواهی آماده‌سازی شغلی ویژه فرد تحت پوشش (در صورت نیاز) (فرم ۴)	دارد
۱۱	پرینت استعلام سابقه بیمه کارفرمایی تامین اجتماعی (تا یک ماه قبل از درخواست)	دارد
۱۲	استخدام در بخش دولتی (از طریق سامانه TEK)	می‌باشد
		نمی‌باشد

جدول ب. فرم تعیین میزان هزینه مورد نیاز جهت پرداخت تسهیلات خوداشتغالی

نظر کمیته اشتغال		بر آورد مبلغ مورد نیاز توسط متقاضی (به ریال)	عنوان هزینه کرد
تایید	عدم تایید		
			اجاره مکان کار
			خرید مواد اولیه و مصرفی
			خرید ابزار و تجهیزات کار
			آب، گاز، برق، تلفن
			دستمزد و بیمه کارکنان
			بازاریابی و تبلیغات
			دریافت مجوز
			مالیات و عوارض
			آموزش
			ساخت و ساز
			سرمایه در گردش (تنخواه)
			سایر هزینه ها
			جمع کل هزینه

تمامی شرایط و مدارک متقاضی مورد تایید نهایی اعضای کمیته اشتغال شهرستان جهت پرداخت وام خوداشتغالی به مبلغ میلیون تومان: می باشد ☐ / نمی باشد ☐

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
رئیس اداره بهزیستی شهرستان

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
کارشناس سلامت اجتماعی

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
کارشناس توانبخشی

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
کارشناس اشتغال

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
تسهیلگر شغلی / مددکار پرونده

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
رابط بازرسی

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
رابط حراست

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

اداره کل بهزیستی استان اداره بهزیستی شهرستان

فرم شماره هفت

فرم نظارت حضوری پس از ایجاد اشتغال با بهره‌مندی از وام خوداشتغالی

آدرس مکان اشتغال: / / تاریخ بازدید: / /

نام و نام خانوادگی متقاضی: کد ملی: محل اشتغال: شهر ☐ روستا ☐

فرد تحت پوشش حوزه: توانبخشی ☐ یا سلامت اجتماعی ☐ ؛ عضو موثر خانواده ☐

تاریخ دریافت وام خوداشتغالی: / / مبلغ وام دریافت شده: ریال

علت دریافت وام خوداشتغالی: ایجاد شغل ☐ توسعه شغل فعلی ☐ تکمیل شغل فعلی ☐

رسته شغلی ایجاد شده: خدماتی ☐ صنعتی ☐ کشاورزی ☐ سایر ☐ با ذکر عنوان

نوع خوداشتغالی ایجاد شده: شغل خانگی ☐ غیر خانگی ☐

نام شغل: تاریخ شروع شغل:

آیا آدرس محل کار با مکان معرفی شده در هنگام اهلیت سنجی و بررسی شرایط محیط کار تطابق دارد؟ بله ☐ خیر ☐

مبلغ وام را صرف چه کاری نموده است؟ اجاره محل کار ☐ خرید مواد اولیه و مصرفی ☐ خرید ابزار و تجهیزات کار ☐

تبلیغات ☐ آموزش ☐ سایر ☐ با ذکر عنوان:

در صورتی که مبلغ وام صرف اشتغال نشده برای چه کاری هزینه شده است؟

هزینه درمان ☐ تسویه بدهی ☐ خرید لوازم منزل ☐ سایر موارد ☐ با ذکر عنوان

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

ورشکستگی ☐ سختی کار ☐ درآمد ناکافی ☐ بیماری ☐ حوادث (آتش سوزی و ...) ☐ سایر موارد ☐ با ذکر عنوان

میزان رضایتمندی از اشتغال ایجاد شده: خیلی کم ☐ کم ☐ متوسط ☐ زیاد ☐ خیلی زیاد ☐

علت عدم رضایت نوشته شود:

میزان رضایت از درآمد ماهیانه: خیلی کم ☐ کم ☐ متوسط ☐ زیاد ☐ خیلی زیاد ☐

وضعیت بیمه خویش فرمایی: دارد ☐ ندارد ☐ در صورت داشتن بیمه، تاریخ شروع بیمه: / /

توضیحات:

نام و نام خانوادگی تسهیلگر شغلی / کارشناس اشتغال شهرستان

امضاء و تاریخ

نام مرکز در سربزرگ

شماره

تاریخ

فرم شماره هشت

گواهی پاکی از مصرف مواد - ویژه افراد بهبودیافته اعتیاد

مشخصات مرکز ماده ۱۵ ترک اعتیاد

مرکز اقامتی بهبود و بازتوانی افراد با اختلال مصرف مواد ☐؛ مرکز اجتماع درمان مدار اقامتی ☐؛ مرکز اجتماع درمان مدار غیر اقامتی ☐؛ مرکز سربائی درمان افراد با اختلال مصرف مواد ☐؛ مرکز جامع درمان و بازتوانی اعتیاد ☐؛ نگهداری درمان و کاهش آسیب معتادان متجاهر ☐	نوع الگوی درمانی
---	--------------------------------

مشخصات فرد بهبودیافته

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:
کد ملی:	سال تولد: / /
جنسیت:	مرد ☐ زن ☐
آدرس محل سکونت:	شماره تماس:

اطلاعات درمانی فرد بهبودیافته

تاریخ شروع درمان:	تاریخ ترخیص:
در صورتی که بیمار در حال درمان نگهدارنده است، تاریخ شروع درمان نگهدارنده ذکر شود: / /	
تاریخ آزمایش اول (هنگام ترخیص)	نوع تست:
/ /	نتیجه:
تاریخ آزمایش دوم (هنگام درخواست تسهیلات)	نام آزمایشگاه:
/ /	نتیجه:

این گواهی به منظور ارائه به کمیته اشتغال بهزیستی شهرستان جهت بهره‌مندی از خدمات اشتغال صادر گردیده و فاقد هرگونه ارزش قانونی دیگری است.

تلفن مرکز:

آدرس مرکز:

نام و نام خانوادگی مسئول فنی مرکز امضاء و مهر مرکز

نام و نام خانوادگی رئیس بهزیستی شهرستان
امضاء و مهر اداره

نام و نام خانوادگی کارشناس تخصصی تاییدکننده بهزیستی
تاریخ و امضاء

استشهادیه محلی جهت تایید سرپرستی

بدین وسیله افراد مشروحه زیر که اطلاع کامل نسبت به موضوع دارند گواهی می‌دهند که اینجانب فرزند با کد ملی ساکن با نسبت خویشاوندی سرپرستی آقا یا خانم با کد ملی که تحت پوشش بهزیستی است، را بر عهده داشته و هم اکنون در خانه من زندگی می‌نماید.

با تشکر

امضاء سرپرست

اینجانب فرزند با کد ملی درستی مطالب بالا را گواهی می‌کنم. امضاء

اینجانب فرزند با کد ملی درستی مطالب بالا را گواهی می‌کنم. امضاء

اینجانب فرزند با کد ملی درستی مطالب بالا را گواهی می‌کنم. امضاء

اینجانب فرزند با کد ملی درستی مطالب بالا را گواهی می‌کنم. امضاء

محل مهر

دهیاری یا شورای اسلامی یا مسجد محل سکونت

فرم ارزیابی عملکرد

عملکرد اشتغال:

تعهد اشتغال	تحقق اشتغال	درصد عملکرد	درصد صحت سنجی طرح‌های ثبت شده در سامانه رصد

عملکرد درصد جذب تسهیلات بانکی: (ارقام به میلیون ریال)

میزان اعتبار تخصیص یافته به شهرستان	میزان تسهیلات پرداخت شده در شهرستان	درصد جذب	تعداد طرح‌های معرفی شده به بانک	تعداد طرح‌های پرداخت شده

چک لیست ارزیابی عملکرد پرداخت تسهیلات خوداشتغالی در سطح شهرستان

ردیف	سوال	بلی	خیر	توضیحات
۱	آیا افراد بهره‌مند شده تحت پوشش بهزیستی می‌باشند؟			استعلام از سامانه
۲	آیا حداقل و حداکثر سن افراد بهره‌مند شده (۱۸-۶۵) رعایت شده است؟			
۳	آیا افراد بهره‌مند شده تاییدیه کمیته اشتغال شهرستان را دارا می‌باشند؟			
۴	آیا صورتجلسات برگزاری جلسات کمیته اشتغال شهرستان حداکثر هر دو هفته یکبار موجود است؟			
۵	آیا طرح‌های خوداشتغالی ۱۵ روز پس از ثبت درخواست در کمیته اشتغال بررسی شده‌اند؟			
۶	آیا تمامی مشاغل ایجاد شده در سالجاری در سامانه ملی رصد اشتغال ثبت گردیده است؟			
۷	آیا کارشناس اشتغال شهرستان در ماه حداقل ۲۵ مورد نظارت تلفنی انجام داده است؟			
۸	آیا گزارش بازدیدها توسط کارشناس اشتغال شهرستان موجود است؟			
۹	آیا در بازه زمانی تعیین شده، گزارش هزینه کرد اعتبارات به استان ارسال گردیده است؟			
۱۰	آیا اعضای کمیته اشتغال دارای ابلاغ می‌باشند؟			

بخش دوم. نحوه پرداخت تسهیلات اشتغالزایی کارفرمایی

ماده ۱. تعریف مفاهیم و واژه‌ها

در این دستورالعمل اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می‌روند.

اشتغال کارفرمایی: پرداخت هر نوع حقوق و بیمه در قالب یک قرارداد مکتوب بین مستخدم و کارفرمای حقیقی یا حقوقی را اشتغال کارفرمایی یا دستمزدی می‌گویند.

اشتغالزایی کارفرمایی: فرایندی که کارفرما یک یا چند نفر را طی قراردادی مطابق با طبقه‌بندی مشاغل در قبال پرداخت حقوق و مزایای مشمول بیمه به کار مشغول می‌نماید.

کارگر: فردی که به هر عنوان در مقابل دریافت حقوق و مزایای مشمول بیمه به درخواست کارفرما کار می‌کند.

کارفرما: اشخاص حقیقی یا حقوقی که اداره کارگاه‌ها و موسسات خصوصی و یا شرکت‌ها و تعاونی‌ها را برعهده داشته و کارگر به درخواست و به حساب او در مقابل دریافت حقوق و مزایای مشمول بیمه کار می‌کند. مدیران و مسئولان و کلیه کسانی که عهده‌دار اداره کارگاه هستند، نماینده کارفرما محسوب می‌شوند و کارفرما مسئول کلیه تعهداتی است که نمایندگان مذکور در مقابل کارگر به عهده می‌گیرند.

کارفرمای حقیقی و حقوقی: کارفرما یک شخصیت حقیقی یا حقوقی است که یک طرف امضاکننده قرارداد است که کارگر به درخواست و به حساب او در مقابل حق السعی، کار می‌کند. جانشینان و نمایندگان قانونی کارفرما در حکم کارفرما محسوب می‌شوند.

نوع مدیریت کارفرمایی: انواع مدیریت در بخش کارفرمایی شامل خصوصی و تعاونی می‌باشد.

انواع بخش‌های کارفرمایی حقیقی و حقوقی: انواع بخش‌های کارفرمایی به‌کارگیرنده افراد تحت پوشش بهزیستی شامل کارگاه تولیدی یا خدماتی، موسسه غیردولتی، مرکز غیردولتی، شرکت و تعاونی می‌باشد.

حداقل دستمزد: بر اساس ماده (۴۱) قانون کار، شورای عالی کار موظف است هر سال بر اساس درصد تورمی که از طرف بانک مرکزی اعلام می‌گردد، بدون توجه به ویژگی‌های جسمی و روانی کارگران و شرایط کار محول شده، نسبت به تعیین حداقل مزد اقدام نماید تا تکافوی زندگی یک خانواده متوسط تأمین گردد.

حقوق: مطابق با قرارداد کاری است که میان کارگر و کارفرما بسته می‌شود و به صورت ماهانه پرداخت می‌شود.

دستمزد: هزینه‌ای است که مبنای آن ساعت کاری است و به صورت حق الزحمه پرداخت می‌شود. دستمزد به تمام وجوهی گفته می‌شود که به صورت نقدی یا غیرنقدی به افراد در قبال کار انجام شده پرداخت می‌شود. پرداخت دستمزد می‌تواند به طور روزانه در برابر ساعات کار معین انجام شود.

قرارداد در قانون کار: بر اساس ماده هفت قانون کار "قرارداد کار عبارت است از قراردادی کتبی که به موجب آن کارگر در قبال دریافت حق السعی، کاری را برای مدت موقت یا غیرموقت برای کارفرما انجام می‌دهد".

قرارداد کار موقت: این قرارداد کار برای یک بازه زمانی موقت مثلاً یک ساله منعقد می‌شود و در متن آن تاریخ شروع و پایان کار نوشته شده و در این مدت زمان، کارگر موظف است کارهای ذکر شده در قرارداد را انجام دهد و به ازای آن مزد دریافت کند. در صورت اتمام قرارداد کار موقت می‌تواند قرارداد تمدید شود.

قرارداد کار پاره وقت: در این نوع قرارداد ساعات کاری کمتر از حالت استاندارد در ماه است. تعیین این ساعت بر مبنای شرح وظایف کارمند و حجم کاری تعیین خواهد شد. مجموع مدت ساعات کاری در قرارداد کار پاره وقت باید کمتر از ۴۴ ساعت در هفته باشد. در قرارداد کار پاره وقت مشخصات دقیق شغلی مانند ساعت کاری، دستمزد و نحوه محاسبه دستمزد، مزایای کاری و شرایط خاص مربوط به قرارداد با جزئیات کامل و در بندهای مختلف ذکر می شود.

قرارداد ساعتی: حقوق قرارداد کار ساعتی، بر اساس تعداد ساعات های کار انجام شده محاسبه شده و به فرد پرداخت می شود. به این دسته از قراردادها، قرارداد حق الزحمه یا قرارداد کارمزد ساعتی نیز گفته می شود.

قرارداد کارآموزی: این نوع قرارداد معمولاً با دستمزد کم یا بدون دستمزد خواهد بود. در بیشتر موارد دستمزدی به عنوان هزینه ایاب و ذهاب و مبلغی کمتر از قانون کار به عنوان پاداش به کارآموز پرداخت می شود. این قرارداد توافق نامه ای است بین کارفرما و کارآموز و شرایطی را برای یک دوره کوتاه مشخص می کند که برای کارآموز نوعی مهارت آموزی محسوب می شود. این قرارداد کوتاه مدت است و بین یک ماه تا یک سال متغیر خواهد بود. ممکن است پس از اتمام دوره کارآموزی در صورت تمایل کارفرما و توافق طرفین، نوع قرارداد کارآموز به یکی دیگر از انواع قرارداد کاری تغییر کند.

تسهیلات کارفرمایی: پولی است که توسط بانک های عامل به صورت وام قرض الحسنه اشتغالزایی با نرخ سود کم و بازپرداخت بلندمدت تا سقف تعیین شده توسط شورای پول و اعتبار برای ایجاد، تکمیل یا توسعه شغل یا کسب و کار به کارفرمایانی که افراد تحت پوشش بهزیستی را به کارگیری نمایند، پرداخت می گردد.

تسهیلات سرمایه در گردش: تسهیلاتی است که با هدف تامین مواد اولیه و تجهیزات طرح کسب و کار مطابق با شرایط اعلام شده از سوی بانک به کارفرما پرداخت می گردد.

ماده ۲. مشمولین دریافت تسهیلات کارفرمایی

تمامی کارفرمایان حقیقی و حقوقی که نسبت به اشتغال افراد تحت پوشش بهزیستی به عنوان پشتیبان مشاغل خانگی یا کارفرمای شغل غیرخانگی نظیر کارگاه ها، بنگاه های کسب و کار و ... اقدام و بیمه آنان را به سازمان تامین اجتماعی واریز و بر اساس قانون و مقررات مربوط، به فرد حقوق و دستمزد پرداخت نموده اند.

تبصره ۱: اعضای موثر خانواده مشمول استفاده از تسهیلات کارفرمایی نیستند.

تبصره ۲: پرداخت تسهیلات کارفرمایی بابت به کارگیری افراد دارای آسیب هوشی ذهنی به شرط توانایی انجام کار مجاز می باشد.

ماده ۳. شرایط بهره‌مندی از تسهیلات کارفرمایی

۳-۱. شرایط افراد تحت پوشش

۱. تحت پوشش بهزیستی
۲. دارای سن بین ۱۸ تا ۶۵ سال
۳. متقاضی کار
۴. دارا بودن مدارک هویتی (کارت ملی)
۵. دارا بودن شرایط جسمی و روانی متناسب با شغل مربوطه

۳-۲. شرایط کارفرما

۱. داشتن مجوز فعالیت (پروانه کسب، پروانه فعالیت مراکز و ...)
 ۲. داشتن کد کارگاهی یا شناسه کارگاه از سازمان تامین اجتماعی
 ۳. پذیرش انعقاد قرارداد حداقل یک‌ساله با افراد تحت پوشش
 ۴. ارائه مستندات مربوط به لیست آخرین پرداخت حقوق و مزایای قانونی و بیمه
- تبصره ۱: کارفرمایان بهره‌مند شده از تسهیلات مکلفند در صورت تغییر مکان کسب و کار و یا تغییر رشته فعالیت، موارد را در اسرع وقت به واحد اشتغال ادارات بهزیستی شهرستان اطلاع دهند.
- تبصره ۲: کارفرمایانی که با نهادهای مختلف قرارداد پیمانکاری یک‌ساله دارند در صورتی که متعهد شوند گروه هدف بهزیستی را حداقل تا پایان زمان بازپرداخت اقساط تسهیلات اشتغالزایی در استخدام خود حفظ نمایند مشمول دریافت تسهیلات خواهند بود ولی می‌توانند از سایر خدمات اشتغال بهره‌مند باشند.

ماده ۴. مدارک مورد نیاز جهت بهره‌مندی کارفرمایان از تسهیلات کارفرمایی

۱. تصویر مجوز فعالیت معتبر کارفرما یا ارائه شناسه یکتا
- تبصره: مجوز موقت یا موافقت اصولی به جای مجوز فعالیت کارفرما قابل قبول نمی‌باشد.
۲. فرم درخواست به‌کارگیری افراد تحت پوشش جویای کار (فرم شماره یک).
۳. فرم بازدید اولیه کارشناس اشتغال از محل کسب و کار (فرم شماره دو)
۴. معرفی‌نامه کارجوی تحت پوشش واجد شرایط جدید به کارفرما (فرم شماره سه)
۵. تصویر قرارداد حداقل یک ساله کارجوی تحت پوشش با کارفرما
۶. آخرین فیش پرداختی بیمه و حقوق و مزایای قانونی مشمول بیمه فرد تحت پوشش به‌کارگیری شده توسط کارفرما
۷. یک نسخه از تفاهم‌نامه فی‌مابین کارفرما و رئیس اداره بهزیستی شهرستان
۸. فرم تاییدیه کمیته اشتغال شهرستان (فرم شماره چهار)

ماده ۵. مراحل پرداخت تسهیلات کارفرمایی

۱. اطلاع‌رسانی به کارفرما در مورد شرایط و مدارک مورد نیاز توسط مددکار، تسهیلگر شغلی یا کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان
۲. ارائه درخواست به‌کارگیری افراد تحت پوشش جویای کار در ازای دریافت تسهیلات کارفرمایی توسط کارفرمای دارای حق امضا در سربرگ رسمی ممهور به مهر و امضا (فرم شماره ۱) منضم به مجوز فعالیت کارفرما. این فرم توسط کارفرما تکمیل و همراه با تصویر مجوز فعالیت تحویل کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان می‌گردد.
- تبصره: پس از تکمیل تمامی مدارک پرونده و تایید کارشناس اشتغال شهرستان، فرم درخواست بایستی ثبت در دبیرخانه بهزیستی شهرستان گردد. زمان ثبت به منزله زمان آغاز فرایند بررسی پرونده کارفرما می‌باشد.
۳. اعلام شرایط و ویژگی‌های کارجویان مورد درخواست کارفرما به مددکاران توسط کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان
۴. شناسایی، ارزیابی اولیه و نیازسنجی افراد جویای کار تحت پوشش توسط مددکار یا تسهیلگر شغلی جهت معرفی به کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان
۵. اطلاع‌رسانی به فرد تحت پوشش جویای کار در زمینه شرایط شغل توسط مددکار یا تسهیلگر شغلی
۶. بازدید اولیه و تهیه گزارش از محل کسب و کار کارفرما توسط کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان یا تسهیلگر شغلی به منظور تایید تطابق شرایط عمومی فرد جویای کار تحت پوشش با محیط کار حداکثر ۱۵ روز پس از درخواست کارفرما (فرم شماره ۲)
۷. معرفی فرد جویای کار تحت پوشش با نامه رسمی از اداره بهزیستی شهرستان به کارفرما (فرم شماره ۳)
۸. تنظیم صورت‌جلسه فی‌مابین اداره بهزیستی شهرستان و کارفرما با موضوع پرداخت تسهیلات کارفرمایی در ازای به‌کارگیری افراد تحت پوشش معرفی‌شده
۹. عقد قرارداد حداقل یکساله کارفرما با افراد تحت پوشش به‌کارگیری شده و ارائه تصویر قرارداد توسط کارفرما به بهزیستی شهرستان
- تبصره: امضای قرارداد همکاری توسط فرد جویای کار تحت پوشش مبنی بر اشتغال در مرکز کسب و کار معرفی شده از سوی بهزیستی به منزله اعلام کتبی رضایت‌مندی وی می‌باشد.
۱۰. پرداخت حقوق، مزایای قانونی و بیمه مطابق قوانین و مقررات مربوط و ارسال لیست صورت دستمزد و آخرین پرداختی بیمه فرد تحت پوشش شاغل‌شده توسط کارفرما به بهزیستی شهرستان
- تبصره: ارائه مستندات مربوط به پرداخت حق بیمه و صورت دستمزد توسط کارفرما به منزله اعلام کتبی جذب و به‌کارگیری افراد تحت پوشش بهزیستی می‌باشد.
۱۱. تایید نهایی درخواست کارفرمای متقاضی تسهیلات در کمیته اشتغال (فرم شماره ۴)
۱۲. صدور اجازه ثبت‌نام به کارفرمای متقاضی در سامانه تسهیلات اشتغال کشور (TEK) توسط کارشناس اشتغال شهرستان
۱۳. تایید کارشناس اشتغال شهرستان و استان و ارجاع به بانک عامل و تعیین مهلت حداکثر ۳۰ روزه برای متقاضی از زمان معرفی به بانک جهت تحویل مدارک کامل و تضامین مورد نیاز
۱۴. پیگیری و تسهیلگری جهت پرداخت تسهیلات به کارفرمای متقاضی توسط بانک عامل و اطمینان از پرداخت تسهیلات به متقاضی از بانک عامل از طریق اخذ تاییدیه از بانک توسط کارشناس اشتغال شهرستان

۱۵. جایگزینی کارفرمای جدید با فردی که در مهلت ۳۰ روزه هیچ‌گونه اقدام در راستای مراجعه به بانک و ارائه مدارک ننماید.

۱۶. ثبت اطلاعات افراد اشتغال یافته از طریق الگوی تسهیلات کارفرمایی در سامانه مددجویی بهزیستی
۱۷. ثبت اطلاعات افراد اشتغال یافته از طریق الگوی تسهیلات کارفرمایی توسط کاربران در سامانه رصد اشتغال کشور (در صورتی که شغل متقاضی از نوع ایجاد باشد)

۱۸. ارائه مستندات به صورت هر سه ماه یکبار توسط کارفرما به بهزیستی شهرستان به شرح زیر:

- لیست صورت دستمزد

- برگه استعلام سابقه یا فیش پرداخت حق بیمه سهم کارفرما

۱۹. نظارت حضوری از محل کسب و کار توسط مددکار و در صورت نیاز کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان هر شش ماه یک بار تا دو سال (فرم شماره ۵)

۲۰. نظارت بر تمام فرآیند فوق توسط معاون اشتغال، کارآفرینی و توانمندسازی و کارشناسان اشتغال استان

ماده ۶. شرایط پرداخت تسهیلات کارفرمایی

۶-۱. مبنای تعیین میزان تسهیلات کارفرمایی توسط کمیته اشتغال شهرستان به ازای به‌کارگیری هر فرد جویای کار تحت پوشش، سقف تعیین شده توسط بانک مرکزی می‌باشد.

۶-۲. سقف پرداخت تسهیلات کارفرمایی بر اساس مصوبه همان سال بانک مرکزی برای به‌کارگیری افراد جویای کار تحت پوشش، به شرط انعقاد قرارداد تابع قانون کار و بیمه و پس از پرداخت حداقل یک ماه حقوق و بیمه برای هر فرد مجاز می‌باشد.

تبصره: بر اساس مصوبه بانک مرکزی سقف تسهیلات کارفرمایی در سال ۱۴۰۳ تا ۴۰ میلیارد ریال می‌باشد.
۶-۳. پرداخت تسهیلات به کارفرما می‌بایست با اولویت اشتغال ایجاد برای افراد جویای کار تحت پوشش جدید باشد.

۶-۴. پرداخت تسهیلات توسعه‌ای به کارفرما در صورت افزایش تعداد نیروی جدید در چند مرحله مشروط بر آن- که مبلغ کل تسهیلات در تمام مراحل برای کارفرما بیش از سقف مصوب بانک مرکزی نباشد و کارفرما حقوق افراد به‌کارگیری شده را به موقع پرداخت نموده باشد، مطابق با قوانین بانکی و مقررات حاکم بر سامانه جامع تسهیلات اشتغال کشور مجاز می‌باشد.

۶-۵. پرداخت هم‌زمان تسهیلات کارفرمایی و بهره‌مندی از معافیت مالیاتی برابر با ماده ۲۴ قانون حمایت از حقوق معلولان برای یک فرد دارای معلولیت شاغل شده توسط یک کارفرما مجاز می‌باشد.

۶-۶. پرداخت هم‌زمان حق بیمه سهم کارفرمایی یا کمک هزینه ارتقای کارایی و بهره‌مندی از معافیت مالیاتی برابر با ماده ۲۴ قانون حمایت از حقوق معلولان برای یک فرد دارای معلولیت شاغل شده توسط یک کارفرما مجاز می‌باشد.

۶-۷. پرداخت هم‌زمان تسهیلات اشتغالزایی کارفرمایی و حق بیمه سهم کارفرمایی برای تمامی افراد تحت پوشش و همچنین پرداخت هم‌زمان تسهیلات اشتغالزایی کارفرمایی و کمک هزینه ارتقای کارایی به کارفرما

جهت به کارگیری افراد دارای معلولیت در یک سال یا در سال‌های مختلف در صورت وجود اعتبار با هدف پایداری سازی شغلی برای یک فرد تحت پوشش به کارگیری شده مجاز می‌باشد.

تبصره: تصویب پرداخت هم‌زمان تسهیلات و کمک هزینه بیمه کارفرما یا تسهیلات و کمک هزینه ارتقای کارایی در یک جلسه کمیته اشتغال برای یک کارفرما در ازای به کارگیری یک فرد تحت پوشش بلامانع است.

۸-۶. پرداخت هم‌زمان هر سه خدمت تسهیلات اشتغالزایی کارفرمایی و حق بیمه سهم کارفرمایی و کمک هزینه ارتقای کارایی بابت به کارگیری یک فرد تحت پوشش به یک کارفرما مجاز نمی‌باشد.

۹-۶. پرداخت تسهیلات و سایر مشوق‌های کارفرمایی به کارفرمایی که فرد دارای معلولیت یارانه بگیر مراکز پشتیبانی شغلی (SE) را استخدام نموده مجاز می‌باشد.

۱۰-۶. پرداخت هرگونه خدمات اشتغال به کارفرمایی که دارای شخصیت حقوقی می‌باشند (کارخانجات، موسسات، شرکت‌ها و...) منوط است به:

الف: مکاتبه رسمی کارفرمای حقوقی (فرد دارای حق امضاء) در سربرگ، دارای مهر، آدرس و کدپستی دقیق، تاریخ و شماره نامه

ب: تصویر پروانه فعالیت معتبر یا کد شناسه یکتا از نهادهای ذیصلاح

تبصره: کارفرمای حقوقی می‌تواند نماینده قانونی خود را جهت برعهده گرفتن بخشی از امور به بهزیستی معرفی نماید.

۱۱-۶. موسسات و مراکز غیردولتی دارای پروانه فعالیت از بهزیستی، مشروط بر به کارگیری افراد تحت پوشش حائز شرایط مطابق با قانون کار و تامین اجتماعی نسبت به سایر کارفرمایان در اولویت پرداخت تسهیلات قرار دارند.

۱۲-۶. پرداخت تسهیلات به کارفرمای دارای مجوزهای موقت یا موافقت اصولی مجاز نمی‌باشد.

۱۳-۶. تمامی مفاد این بخش از دستورالعمل می‌بایست در کمیته اشتغال شهرستان لحاظ گردد و توسط واحد اشتغال استان مورد نظارت قرار گیرد.

ماده ۷: نحوه معرفی کارفرما به بانک عامل

۱-۷. تمامی کارفرمایان پس از تایید در کمیته اشتغال از طریق سامانه TEK جهت دریافت تسهیلات به بانک عامل معرفی می‌گردند.

تبصره: در صورت قطعی یا خرابی بلندمدت سامانه، معرفی نامه‌های کارفرمایی می‌تواند به صورت نامه رسمی الکترونیکی، دارای امضای الکترونیک، شماره ثبت نامه و مهور به مهر اداره بهزیستی شهرستان صادر گردد.

۲-۷. مسئولیت معرفی نامه فیزیکی یا سامانه‌ای تسهیلات کارفرمایی بر عهده رئیس اداره بهزیستی شهرستان می‌باشد.

۳-۷. صدور هرگونه معرفی نامه بانکی بدون مصوبه کمیته اشتغال تخلف محسوب می‌گردد.

تبصره ۱: صدور معرفی نامه فیزیکی یا سامانه‌ای تسهیلات کارفرمایی، پس از تصویب در کمیته اشتغال شهرستان تا سقف چهل میلیارد ریال توسط اداره بهزیستی شهرستان مجاز می‌باشد.

تبصره ۲: صدور معرفی نامه فیزیکی یا سامانه‌ای تسهیلات کارفرمایی بالاتر از مبلغ چهل میلیارد ریال پس از تایید طرح در کمیته اشتغال استان، توسط اداره بهزیستی شهرستان مجاز می‌باشد.

ماده ۸. وظایف کارشناس اشتغال شهرستان در پرداخت تسهیلات کارفرمایی

کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان موظف است:

- کارفرمایان علاقمند و واجد شرایط را از طریق فراخوان و سایر روش‌ها شناسایی و در مورد شرایط و مدارک مورد نیاز به آنان اطلاع‌رسانی نماید.
- بانک اطلاعاتی از کارفرمایان ایجاد نماید.
- شرایط و ویژگی‌های کارجویان مورد درخواست کارفرما را به مددکاران اعلام نماید.
- از محل کسب و کار به منظور تایید تطابق شرایط عمومی فرد جویای کار تحت پوشش با محیط کار حداکثر ۱۵ روز پس از درخواست کارفرما بازدید و گزارش تهیه نماید.
- فرد جویای کار تحت پوشش را با نامه رسمی از اداره بهزیستی شهرستان به کارفرما معرفی نماید.
- مدارک و شرایط عمومی و اختصاصی متقاضی و امکان ارائه خدمت (میزان بودجه مورد نیاز در بانک‌های عامل) را بررسی و احراز شرایط را تایید نماید.
- زمان‌بندی و اولویت‌بندی متقاضیان جهت طرح درخواست در کمیته اشتغال شهرستان را مدیریت نماید و از کامل بودن مدارک پرونده اشتغال قبل از جلسه کمیته اشتغال اطمینان حاصل نماید.
- در صورت عدم مراجعه کارفرمای معرفی شده در مهلت ۳۰ روزه پس از تاریخ صدور معرفی نامه بانکی، بلافاصله با هماهنگی بانک عامل کارفرمای جایگزین را معرفی نماید.
- از ثبت تسهیلات پرداخت شده در سامانه‌های مربوطه اطمینان حاصل نماید.
- از محل کسب و کار هر شش ماه یک بار تا دو سال با هدف اطمینان از شاغل بودن فرد بهره‌مند نظارت حضوری داشته باشد.
- در صورت تغییر محل کسب و کار و یا تغییر رسته فعالیت کارفرمایان بهره‌مند شده از تسهیلات بانکی، موارد را طی حداکثر یک ماه از این افراد جمع‌آوری نموده و در بانک‌های اطلاعاتی درج نمایند.
- تمامی مستندات مرتبط با پرداخت تسهیلات کارفرمایی را در قالب فایل‌های الکترونیکی و فیزیکی به فراخور در سطح شهرستان نگهداری و قابل دسترس قرار دهد.
- هرگونه اختلاف مابین افراد شاغل تحت پوشش و کارفرمایان، را پیگیری و حتی‌الامکان مرتفع نماید.
- کارکنان شاغل در ادارات بهزیستی مجاز به ضمانت تسهیلات اشتغالزایی کارفرمایان نمی‌باشند.

ماده ۹. این دستورالعمل در ۹ ماده و ۱۳ تبصره توسط معاونت کارآفرینی و اشتغال سازمان بهزیستی تدوین و در شورای معاونین سازمان تصویب گردید که از تاریخ ابلاغ لازم الاجرا می‌باشد.

ضمائم

مدارک و فرم‌های مورد نیاز

جهت درج در پرونده اشتغال

به منظور دریافت تسهیلات کارفرمایی

شماره
تاریخ

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

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

فرم شماره یک

" درخواست نیرو از بهزیستی توسط کارفرمایان "

جناب آقای / خانم

ریاست محترم اداره بهزیستی شهرستان

با سلام و احترام،

اینجانب با کد ملی به عنوان (مدیرعامل/مالک) (موسسه، مرکز، شرکت، تعاونی یا کارگاه) ، درخواست به کارگیری تعداد نفر با شرایط مندرج در جدول زیر در ازای دریافت وام اشتغالزایی را دارم. خواهشمند است دستور فرمایید پس از بررسی اقدام لازم صورت پذیرد.

ردیف	جنس	تحصیلات	محدوده سنی	دارای تخصص یا مهارت	فاقد تخصص یا مهارت	شغل پیشنهادی	تعداد نفرات						
							گروه هدف حوزه اجتماعی			افراد دارای معلولیت			
							زن سرپرست	بهبود یافته اعتماد	سایر	تایینا	ناشنا	جسمی حرکتی	سایر

سایر توضیحات:

نام و نام خانوادگی کارفرما

مهر، امضاء و تاریخ

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

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

فرم شماره دو

"بازدید اولیه از کارگاه محل اشتغال افراد تحت پوشش در ازای دریافت تسهیلات کارفرمایی"

تاریخ بازدید: / / نام و نام خانوادگی کارفرما:

عنوان شغل:

پروانه فعالیت دارای اعتبار: ☐ دارد ☐ ندارد

کد کارگاهی (شناسه کارگاه) از سازمان تامین اجتماعی: ☐ دارد ☐ ندارد

وضعیت کارگاه: فعال ☐ غیرفعال ☐ مجوز با نوع فعالیت مطابقت دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

آدرس و تلفن کارگاه:

معیارهای شرایط محیط کار	بله	خیر	راهنما
*نوع شغل با توانایی جسمی و روانی افراد تحت پوشش تناسب دارد؟	☐	☐	حتما باید "بله" باشد
*شغل مورد نظر شرایط ایمن لازم برای افراد تحت پوشش را دارد؟	☐	☐	حتما باید "بله" باشد
*میزان ساعت کار در یک روز مناسب شرایط جسمی و روانی فرد تحت پوشش می باشد؟	☐	☐	حتما باید "بله" باشد
*میزان دستمزد پرداختی در یک ماه مکفی می باشد؟	☐	☐	حتما باید "بله" باشد
نیاز به مناسب سازی محل کار دارد؟	☐	☐	
سرویس ایاب و ذهاب دارد؟	☐	☐	

توضیحات کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان:

نتیجه بازدید: شغل مورد نظر مناسب با شرایط فرد تحت پوشش معرفی شده می باشد ☐ نمی باشد ☐

تصمیم کارشناسی: در صورت تایید: ارجاع پرونده به کمیته اشتغال ؛ در صورت عدم تایید: ارجاع فرد به سایر خدمات اشتغال

نام و نام خانوادگی تسهیلگر شغلی یا کارشناس اشتغال بهزیستی

امضاء و تاریخ

شماره
تاریخ

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

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

فرم شماره سه

"معرفی نامه نیروی کار به کارفرمای متقاضی استفاده از تسهیلات کارفرمایی"

جناب آقای / خانم.....

مدیرعامل/رئیس/کارفرمای محترم

با سلام و احترام،

پاسخ به درخواست شماره مورخ مبنی بر به کارگیری نفر نیروی کار از
بهزیستی و به استناد تأییدیه کمیته اشتغال شهرستان ، بدینوسیله آقای/خانم
فرزند با کدملی با تحصیلات.....
نوع و شدت معلولیت برای تصدی شغل معرفی می گردد.
خواهشمند است همکاری لازم را مبذول فرمایید.

نام و نام خانوادگی رئیس اداره بهزیستی شهرستان
امضاء و تاریخ

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

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

فرم شماره چهار

"صورتحجلسه کمیته اشتغال شهرستان"

کمیته اشتغال شهرستان در تاریخ / / با حضور اعضای زیر جهت بررسی و اعلام نظر در خصوص درخواست شماره مورخ / / با موضوع استفاده از تسهیلات کارفرمایی تشکیل و بر اساس بازدید و بررسی‌های انجام شده، تصمیم نهایی به شرح زیر اتخاذ گردید.

نام و نام خانوادگی کارفرمای متقاضی: کدملی:

شماره تماس کارفرما:

آدرس کارگاه:

تعداد نیروی به کارگیری شده:..... نفر مبلغ تسهیلات مورد تقاضا: ریال

ردیف	مدارک مورد نیاز	وضعیت مدارک	
۳	تصویر مجوز فعالیت (پروانه کسب و یا پروانه فعالیت مرکز)	دارد	ندارد
۴	فرم بازدید اولیه کارشناس اشتغال شهرستان از محل کسب و کار (فرم شماره دو)	دارد	ندارد
۵	معرفی نامه کارجوی تحت پوشش واجد شرایط به کارفرما	دارد	ندارد
۶	فرم درخواست کتبی متقاضی (فرم شماره ۱)	دارد	ندارد
۷	تصویر قرارداد یک ساله کارجو و کارفرما	دارد	ندارد
۸	تصویر آخرین فیش پرداختی بیمه	دارد	ندارد
۹	تصویر آخرین لیست صورت دستمزد	دارد	ندارد

توضیحات:

مورد تایید نهایی جهت پرداخت تسهیلات به کارفرما: ☐ می باشد ☐ نمی باشد

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ

رئیس اداره بهزیستی شهرستان

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
کارشناس سلامت اجتماعی

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
کارشناس توانبخشی

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
کارشناس اشتغال

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
تسهیلگر شغلی/مددکار پرونده

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
رابط بازرسی

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
رابط حراست

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال
اداره کل بهزیستی استان اداره بهزیستی شهرستان.....

فرم شماره پنج
نظارت حضوری پس از ایجاد اشتغال با بهره‌مندی از وام کارفرمایی

نام و نام خانوادگی کارفرما: وضعیت کارگاه در هنگام بازدید: فعال است ☐ غیرفعال است ☐

آدرس و تلفن محل کارگاه:

تعداد کل شاغلین تحت پوشش در کارگاه:

آیا حقوق ماهیانه فرد/افراد تحت پوشش مطابق با حداقل حقوق مصوب شورای عالی کار توسط کارفرما پرداخت شده است؟
بله ☐ خیر ☐

آیا فرد تحت پوشش معرفی شده همچنان مشغول به کار است؟ بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، تاریخ ترک شغل: / /

علل ترک شغل:

نارضایتی کارفرما: از کیفیت کار فرد ☐ از اخلاق و رفتار فرد ☐ از حضور و غیاب فرد ☐ سایر با ذکر عنوان:

نارضایتی فرد تحت پوشش: مشکلات جسمی و خانوادگی ☐ سختی کار ☐ دوری راه ☐ اخلاق و رفتار نامناسب کارفرما ☐ سایر با ذکر عنوان:

مشخصات افراد شاغل تحت پوشش بهزیستی در محل کسب و کار

ردیف	نام و نام خانوادگی فرد تحت پوشش	میزان حقوق دریافتی (ریال)	وضعیت بیمه (دارد/ندارد)	تاریخ شروع دریافت تسهیلات کارفرمایی	توضیحات

نتیجه بازدید: شرایط فرد/افراد تحت پوشش معرفی شده، نامناسب ☐ تا حدی مناسب ☐ مناسب ☐ می‌باشد.

تصمیم کارشناسی: نامناسب: قطع همکاری ؛ تا حدی مناسب: بررسی علل مشکلات و حل مسئله ؛ مناسب: ادامه کار

نام و نام خانوادگی تسهیلگر شغلی / کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان
امضاء و تاریخ

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال
اداره کل بهزیستی استان
"صورتجلسه کمیته اشتغال استان"

کمیته اشتغال استان در تاریخ / / با حضور اعضای جهت بررسی و اعلام نظر در خصوص درخواست شماره مورخ / / با موضوع استفاده از تسهیلات کارفرمایی تشکیل و بر اساس بررسی های انجام شده به شرح زیر، تصمیم نهایی اتخاذ گردید.

نام و نام خانوادگی کارفرمای متقاضی: کدملی:

آدرس کارگاه: شماره تماس کارفرما:

تعداد نیروی به کارگیری شده: نفر مبلغ تسهیلات مورد تقاضا: ریال

ردیف	مدارک مورد نیاز	وضعیت مدارک
۳	تصویر مجوز فعالیت (پروانه کسب و یا پروانه فعالیت مرکز)	دارد ندارد
۴	فرم بازدید اولیه کارشناس اشتغال شهرستان از محل کسب و کار (فرم شماره دو)	دارد ندارد
۵	معرفی نامه کارجوی تحت پوشش واجد شرایط به کارفرما	دارد ندارد
۶	فرم درخواست کتبی متقاضی (فرم شماره ۱)	دارد ندارد
۷	تصویر قرارداد یک ساله کارجو و کارفرما	دارد ندارد
۸	تصویر آخرین فیش پرداختی بیمه	دارد ندارد
۹	تصویر آخرین لیست صورت دستمزد	دارد ندارد

توضیحات:

مورد تایید نهایی جهت پرداخت تسهیلات به کارفرما: ☐ می باشد ☐ نمی باشد

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
مدیرکل بهزیستی استان

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
معاون سلامت اجتماعی
نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
کارشناس مسئول اشتغال

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
معاون توانبخشی
نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
رئیس اداره مدیریت عملکرد

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
معاون اشتغال، کارآفرینی و توانمندسازی
نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
رئیس اداره حراست

صورت جلسه

این صورت جلسه در تاریخ فیمابین اداره بهزیستی شهرستان به نمایندگی خانم / آقای به عنوان رئیس اداره بهزیستی شهرستان و خانم / آقای با کدملی به آدرس شماره تلفن به عنوان کارفرمای دارای مجوز فعالیت شماره صادره از که در زمینه فعالیت دارد، تنظیم گردید.

بند یک: موضوع

به کارگیری تعداد نفر از افراد تحت پوشش معرفی شده طی نامه شماره مورخ / / از سوی بهزیستی توسط کارفرما

بند دو: مدت

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

بند سه: تعهدات بهزیستی

۱-۳. بهزیستی متعهد می شود، به ازای هر فرد تحت پوشش به کارگیری شده توسط کارفرما سرانه و سقف تسهیلات مصوب ابلاغی از سوی بانک مرکزی را در معرفی نامه بانکی اعمال نماید. در این موافقت نامه تسهیلات ارائه شده از سوی بانک به میزان ریال به ازای نفر می باشد.

۲-۳. بهزیستی متعهد می شود، پس از ارائه مدارک لازم از سوی کارفرما در موارد زیر ۴ میلیارد تومان طی حداکثر ۳۰ روز و بالای ۴ میلیارد تومان ظرف حداکثر ۶۰ روز نسبت به پرداخت یا عدم پرداخت تسهیلات اعلام نظر نماید.

۳-۳. بهزیستی متعهد می شود، به مدت یک سال پشتیبانی شغلی فرد تحت پوشش معرفی شده را برعهده بگیرد و در مواقع لزوم از طریق ناظران خود بر روند اشتغال به کار افراد تحت پوشش نظارت نماید.

بند چهار: تعهدات کارفرما

۱-۴. کارفرما متعهد می شود، تعداد نفر از افراد تحت پوشش معرفی شده از سوی بهزیستی را به کار گیرد.
۲-۴. کارفرما متعهد می شود، در ابتدای هر سال نسبت به عقد قرارداد یک ساله با افراد معرفی شده اقدام نماید.
۳-۴. کارفرما متعهد می شود، پس از گذشت یک ماه از شروع به کار افراد معرفی شده حقوق آنان را مطابق قانون کار و تامین اجتماعی پرداخت نموده و بیمه کامل نماید.

۴-۴. کارفرما متعهد می شود، افراد به کارگیری شده را در زمان تعیین شده در بند دو در استخدام خود داشته باشد.
۵-۴. کارفرما متعهد می شود، چنانچه به هر دلیل ارتباطش با فرد معرفی شده قطع گردید مراتب را حداکثر طرف مدت دو هفته به بهزیستی اعلام و در این مورد بهزیستی فرد معرفی شده دیگری جایگزین نماید.

۶-۴. کارفرما متعهد می شود، در صورت تغییر آدرس کارگاه قانونی خود، بلافاصله آدرس جدید را به سازمان اعلام نماید، در صورت عدم انجام این مهم کلیه مکاتبات انجام شده به آدرس قبلی در حکم ابلاغ و وصول می باشد.

۷-۴. کارفرما متعهد می شود، همکاری لازم را با ناظران بهزیستی معمول نماید.
۸-۴. کارفرما متعهد می شود، مستندات مربوط به پرداخت حق بیمه و صورت دستمزد را حداکثر سه ماه یک بار به بهزیستی ارائه نماید.

۹-۴. کارفرما متعهد می شود، ظرف ۴۵ روز مدارک و تضمینات مورد درخواست بانک را ارائه نماید، در صورت عدم پیگیری معرفی نامه وی از طرف بهزیستی ابطال می گردد.

بند پنج: تضمینات

در صورت عدم ایفاء تعهدات کارفرما در بکارگیری افراد تحت پوشش، بهزیستی مکلف است با اعلام به بانک نسبت به تبدیل دین وی به حال با وجه التزام ۶ درصد اضافه بر سود و کارمزد بخش اقتصادی (زمینه فعالیت متقاضی) اقدام نماید و

بانک جهت وصول مطالبات به صورت یکجا عمل خواهد نمود. چنانچه سپرده‌های کارفرما جبران زبان‌های وارده به بهزیستی را ننماید، کارفرما مکلف است مازاد ضرر و زیان وارده را از اموال دیگر خود جبران نماید. تشخیص میزان زیان-های مندرج ماده ۵ این تفاهم نامه برعهده معاونت حقوقی بهزیستی بوده و با تایید مدیرکل بهزیستی استان مورد قبول طرفین خواهد بود.

بند شش: نظارت

۶-۱. بهزیستی به طور مستمر و در مواقع لزوم از طریق ناظران خود به صورت تلفنی یا حضوری بر روند اشتغال به کار افراد تحت پوشش نظارت می‌نماید.

۶-۲. چنانچه در جریان نظارت ناظران بهزیستی از محل کارگاه یا نحوه اشتغال به کار افراد تحت پوشش مشخص شود که کارفرما شرایط لازم جهت همکاری ندارد، بهزیستی مجاز است پس از یکبار اخطار کتبی و اعطاء مهلت ده روزه، مراتب را جهت تغییر در روند همکاری به کارفرما اعلام نماید.

بند هفت: حل اختلاف

۷-۱. در صورت ایجاد هرگونه اختلاف، مراتب از طریق مذاکره و مصالحه بین امضاءکنندگان این تفاهم‌نامه 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 می‌باشد.

۷-۲. در صورت عدم انجام تعهدات از سوی کارفرما، بهزیستی شهرستان مجاز است نسبت به انجام اقدامات قانونی مطابق با ابلاغیه بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران خطاب به مدیران شعب بانک‌ها با موضوع انحراف از تعهد مترتب بر تسهیلات، اقدام نماید.

بند هشت: حق فسخ

پس از دریافت وام اشتغال مورد بحث در بند ۳، کارفرما به هیچ وجه حق فسخ کردن این توافق‌نامه را ندارد.

بند نه: حوادث غیرقابل پیش بینی

مقررات مربوط به حوادث غیرقابل پیش بینی شامل این توافق‌نامه نبوده و در صورت حدوث این مهم، کارفرما مکلف است مراتب را فوراً به بهزیستی گزارش نماید و بهزیستی مکلف است با بررسی کارشناسان خود تصمیم‌گیری مقتضی را اعمال و مراتب را به کارفرما اعلام نماید.

مسئولیت عدم رعایت نکات ایمنی محیط کار برعهده کارفرما می‌باشد.

نام و نام خانوادگی مدیر عامل شرکت یا مؤسسه

نام و نام خانوادگی مدیر بهزیستی استان / شهرستان

چک لیست ارزیابی عملکرد تسهیلات کارفرمایی

ردیف	سوال	بلی	خیر	توضیحات
۱	آیا افراد بهره‌مند شده تحت پوشش بهزیستی می باشند؟			استعلام از سامانه مددجویی
۲	آیا حداقل و حداکثر سن افراد بهره‌مند شده (۱۸-۶۵) رعایت شده است؟			
۳	آیا کارفرمای بهره‌مند شده تاییدیه کمیته اشتغال بهزیستی شهرستان را دارا می باشد؟			
۴	آیا صورتجلسات برگزاری جلسات کمیته اشتغال شهرستان حداقل هر دو هفته یکبار موجود است؟			
۵	آیا طرح‌های کارفرمایی بعد از حداکثر یک ماه از ثبت درخواست مورد بررسی و تایید قرار گرفته است؟			
۶	آیا تمامی مشاغل ایجاد شده در سالجاری در سامانه ملی رصد اشتغال ثبت گردیده است؟			
۷	آیا کارشناس اشتغال شهرستان در ماه حداقل ۸ مورد نظارت تلفنی انجام داده است؟			
۸	آیا گزارش بازدیدهای حضوری توسط کارشناس اشتغال شهرستان موجود است؟			
۹	آیا در بازه زمانی تعیین شده، گزارش هزینه کرد اعتبارات به استان ارسال گردیده است؟			
۱۰	آیا اعضای کمیته اشتغال دارای ابلاغ می باشند؟			

فصل سوم

دستور العمل

پرداخت حق بیمه سهم خویش فرما و کارفرما

در راستای اجرای ماده ۲۹ قانون اساسی، ماده ۱۳ قانون حمایت از حقوق معلولان و آیین‌نامه اجرایی آن مصوب ۱۳۹۸/۸/۸ هیئت محترم وزیران و ماده ۵۵ قانون الحاق موادی به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۱۵/۰۸/۱۳۸۴، دستورالعمل نحوه پرداخت حق بیمه سهم خویش‌فرمایی افراد تحت پوشش به شرح زیر تدوین گردید.

ماده ۱. تعریف مفاهیم و واژه‌ها

در این دستورالعمل اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می‌روند.

خوداشتغال (خویش‌فرما): فردی که به سبب اشتغال در قالب قرارداد بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد یا عناوین دیگر، رأساً مشمول مقررات تأمین اجتماعی بوده و با پرداخت مبلغی به عنوان حق بیمه امکان استفاده از مزایای مقرر در قوانین تأمین اجتماعی را دارا می‌باشد.

بیمه خویش‌فرما: هر فرد می‌بایست به استناد قرارداد منعقد شده با سازمان تأمین اجتماعی بر اساس نرخ قرارداد به منظور تحقق تعهدات تعیین شده در بیمه خویش‌فرما برای خود حق بیمه پرداخت نماید. به این معنا که در بیمه خویش‌فرما هر فرد هم کارفرما است و هم کارگر. این بیمه به دو نوع اختیاری یا مشاغل آزاد تقسیم می‌گردد.

حق بیمه: وجوهی است که به موجب مواد (۲۸) و (۳۹) قانون تأمین اجتماعی و برای استفاده از مزایای موضوع آن به سازمان تأمین اجتماعی پرداخت می‌شود.

قرارداد بیمه: سند یا تعهد کتبی میان بیمه شده و سازمان تأمین اجتماعی که به استناد آن و بر اساس نرخ قرارداد منعقد شده، بیمه شده در قبال پرداخت حق بیمه از مزایای قانون تأمین اجتماعی بهره‌مند می‌گردد.

تثبیت شغل: اقداماتی که باعث می‌شود شغل مورد نظر پایدار و در سال‌های آتی ادامه یابد.

ماده ۲. مشمولین دریافت حق بیمه سهم خویش‌فرما

تمامی افراد تحت پوشش بهزیستی که واجد شرایط اشتغال بوده و فاقد کارفرما باشند و نسبت به ایجاد یا تثبیت اشتغال خود به صورت اشتغال خانگی از جمله دورکاری، شغل مجازی و غیره یا غیرخانگی نظیر مغازه‌داری و یا مشاغل فاقد مجوز مانند دستفروشی، باربری، کارگری فصلی و غیره اقدام نموده‌اند و حق بیمه حداقل یک ماه خود را به سازمان تأمین اجتماعی پرداخت کرده باشند.

تبصره ۱: افراد دارای معلولیت ذهنی هوشی در صورت تایید حوزه توانبخشی مبنی بر توانایی جسمی و روانی انجام کار مورد نظر، می‌توانند مشمول دریافت حق بیمه خویش‌فرمایی گردند. یکی از بستگان فرد دارای معلولیت ذهنی هوشی تحت پوشش موظف است مسئولیت امور اداری وی را برعهده بگیرد.

تبصره ۲: افراد دارای معافیت بیمه‌ای نظیر قالی‌بافان، کارگران ساختمانی، تاکسی‌رانان و غیره مشروط بر شاغل بودن و در صورت وجود اعتبار می‌توانند با نظر کمیته اشتغال شهرستان در اولویت بعدی نسبت به سایر مشمولین دریافت بیمه سهم خویش‌فرما قرار گیرند.

تبصره ۳: حق بیمه سهم خویش‌فرمایی شامل افراد زیر نمی‌شود:

- افراد تحت پوششی که هنگام تقاضا سن آنها بیشتر از ۵۰ سال باشد.

۱-۳: اگر سن شخصی بیشتر از ۵۰ سال باشد، باید معادل مدت مازاد سنی سابقه حق بیمه پرداخت کند.

۲-۳: افراد متقاضی که بیش از ۱۰ سال (۱۲۰ ماه) سابقه پرداخت حق بیمه در سازمان تامین اجتماعی دارند از شرط سنی معاف هستند.

- افراد تحت پوششی که اشتغال آنها از حالت خویش فرمایی به کارفرمایی تبدیل می‌گردد.
- افرادی که شغل خود را رها کنند (این افراد در صورت تمایل می‌توانند خودشان حق بیمه سهم خویش فرما را پرداخت نمایند).
- کسانی که شاغل نیستند مانند افراد خانه‌دار، جویای کار، دانشجو و ... (این افراد مشمول کمک هزینه‌های حمایتی مانند حق بیمه اجتماعی می‌باشند).
- افراد غیرقابل توانمندسازی نظیر افراد دارای معلولیت ذهنی هوشی و روانی مزمن شدید و خیلی شدید، اتیسم و اعصاب و روان مزمن که به تشخیص حوزه توانبخشی توانایی انجام کار و اشتغال را ندارند.
- افراد دارای معلولیت تحت آموزش در کارگاه‌های تولیدی حمایتی و مراکز حرفه‌آموزی تحت نظارت بهزیستی
- افرادی که به صورت موقت کمتر از پنج سال تحت پوشش بهزیستی قرار می‌گیرند.
- افرادی که وضعیت آنان در سامانه مددجویی بهزیستی فعال ثبت نشده باشد نظیر "غیرفعال"، "نامشخص" و ...
- افرادی که با وجود سابقه دریافت حق بیمه خویش فرمایی، استخدام رسمی یا غیررسمی دولتی شوند.
- بهبودیافتگان اعتیاد که مجدداً به مصرف مواد روی می‌آورند.
- افراد قابل توانمندسازی که پس از مرور زمان توانایی شغل را از دست می‌دهند.
- اعضای موثر خانواده

ماده ۳. اولویت پرداخت بیمه سهم خویش فرما

- کمیته اشتغال شهرستان در شرایط یکسان بر اساس معیارهای زیر اولویت پرداخت را تعیین می‌نماید.
- دهک خانوار
 - تبصره: افراد تحت پوششی که از تمکن مالی خوبی برخوردار هستند، در اولویت پرداخت قرار ندارند.
 - شدت معلولیت
 - سرپرست خانوار بودن
 - تاهل
 - بعد خانوار
 - وجود چند فرد دارای معلولیت در خانوار
 - والدین دارای فرزندان سه قلو و بیشتر
 - مشمولین در سنین پایین‌تر (به ویژه زیر ۴۰ سال)
 - سکونت در مناطق محروم و کم برخوردار
 - اشتغالزایی بدون استفاده از تسهیلات و منابع مالی بهزیستی و با هزینه شخصی توسط مددجوی شاغل

ماده ۴. شرایط عمومی مشمولین دریافت حق بیمه سهم خویش‌فرما

۱. تحت پوشش بهزیستی و دارای وضعیت فعال در سامانه مددجویی بهزیستی
۲. سن بین ۱۸ تا ۵۰ سال هنگام تقاضا
۳. شاغل به صورت خوداشتغالی
۴. دارای قرارداد با سازمان تامین اجتماعی
۵. دارا بودن مدارک هویتی (کارت ملی)
۶. مراجعه حضوری متقاضی در زمان ارائه درخواست کتبی
۷. دارا بودن شرایط جسمی و روانی متناسب با شغل مربوطه

ماده ۵. مدارک مورد نیاز جهت برقراری حق بیمه سهم خویش‌فرما

۱. تصویر کارت ملی
۲. گواهی تایید حوزه توانبخشی مبنی بر توانایی جسمی و روانی انجام کار ویژه افراد دارای معلولیت ذهنی
هوشی که زمان صدور آن قبل از ارائه به کمیته اشتغال از یک سال بیشتر نباشد.
۳. پرینت استعلام تحت پوشش بودن و فعال بودن وضعیت فرد در سامانه مددجویی بهزیستی
۴. فرم درخواست حق بیمه سهم خویش‌فرما توسط متقاضی جدید (فرم شماره ۱)
۵. هر نوع مدرکی دال بر شاغل بودن نظیر داشتن شناسه یکتا، تصویر مجوز فعالیت نظیر پروانه کسب و ...
یا گواهی مهارتی یا تحصیلی مرتبط با شغل
- تبصره: در مشاغل بدون مجوز نظیر دست‌فروشی، دورکاری یا مشاغل مجازی احراز شاغل بودن بر اساس
گواهی صادره توسط کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان ممهور به مهر بهزیستی قابل پذیرش می‌باشد.
۶. هرگونه مدرک معتبر دال بر پرداخت حق بیمه خویش‌فرما شامل پرینت سامانه تامین اجتماعی، تصویر
فیش واریزی حق بیمه و غیره
- تبصره: پرینت سامانه تامین اجتماعی بایستی به تایید بهزیستی شهرستان رسیده باشد.
۷. فرم تایید کمیته اشتغال شهرستان (فرم شماره ۲)
- تبصره ۱: در صورتی که متقاضی از گروه بهبودیافتگان اعتیاد باشد گواهی پاکي و جواب دو آزمایش منفی مصرف
مواد مخدر به مدارک فوق اضافه می‌گردد.
- تبصره ۲: پرداخت حق بیمه خویش‌فرما به بهبودیافتگان اعتیاد در سال دوم تا پنجم منوط به ارائه جواب آزمایش
منفی مصرف مواد مخدر در هر سال است.
- تبصره ۳: در صورتی که متقاضی از گروه افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی / ایدز باشد، گواهی پزشک به مدارک فوق اضافه
می‌گردد.

ماده ۶. مراحل پرداخت حق بیمه سهم خویش فرما

۱. شناسایی، ارزیابی اولیه و نیازسنجی فرد جدید متقاضی دریافت حق بیمه سهم خویش فرما توسط مددکار یا کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان
۲. اطلاع رسانی در مورد شرایط و مدارک مورد نیاز به متقاضی تحت پوشش توسط مددکار یا کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان
۳. تایید شرایط متقاضی و بررسی امکان ارائه خدمت (میزان بودجه مورد نیاز) توسط کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان
۴. تکمیل فرم درخواست بیمه سهم خویش فرما توسط متقاضی، قیم قانونی یا مددکار (فرم شماره ۱)
۵. بررسی و تایید نهایی درخواست متقاضی در کمیته اشتغال شهرستان (فرم شماره ۲)
۶. اطلاع رسانی به تاییدشدگان دریافت حق بیمه سهم خویش فرما توسط کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان
۷. ارائه تصویر مدرک معتبر دال بر پرداخت حق بیمه توسط متقاضی تحت پوشش به کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان
۸. تنظیم و تایید اسناد مالی
۹. پرداخت حق بیمه سهم خویش فرمایی به حساب فرد تحت پوشش واجد شرایط
۱۰. ثبت حق بیمه سهم خویش فرمایی پرداخت شده در سامانه خدمات اشتغال بهزیستی
۱۱. ثبت اطلاعات افراد اشتغال یافته از طریق مشوق بیمه‌ای توسط کاربران در سامانه رصد اشتغال کشور (در صورتی که شغل متقاضی از نوع ایجادى باشد)
۱۲. نظارت حضوری از محل کسب و کار توسط مددکار هر شش ماه یک بار یا کارشناس شهرستان بر حسب ضرورت با هدف اطمینان از شاغل بودن فرد بهره‌مند از حق بیمه خویش فرما
۱۳. نظارت بر تمام فرایند فوق در سطح شهرستان توسط رئیس اداره بهزیستی و در سطح استان توسط معاون اشتغال، کارآفرینی و توانمندسازی و کارشناس اشتغال استان (فرم شماره سه)

ماده ۷. شرایط پرداخت حق بیمه سهم خویش فرما

- ۷-۱. افراد دارای معلولیت خوداشتغال (خویش فرما) مجازند در تمام دوران اشتغال از حق بیمه سهم خویش فرما بهره‌مند گردند.
- ۷-۲. گروه هدف تحت پوشش معاونت سلامت اجتماعی خوداشتغال (خویش فرما) حداکثر به مدت پنج سال معادل ۶۰ ماه به صورت مستمر یا غیرمستمر، مجازند از حق بیمه سهم خویش فرما بهره‌مند گردند.
- تبصره: بهزیستی شهرستان موظف است حداکثر هر دو سال وضعیت فرد تحت پوشش را از لحاظ شاغل بودن مورد بررسی قرار دهد. در صورت مشاهده خروج از شغل بهزیستی مجاز است نسبت به قطع کمک هزینه بیمه خویش فرمایی اقدام نماید.

۷-۳. بر اساس قانون بیمه سازمان تامین اجتماعی، سهم بیمه شده برای هر فرد ایرانی در بیمه خویش فرمایی جهت حرف و مشاغل آزاد ۱۲، ۱۴ یا ۱۸ درصد و جهت بیمه اختیاری ۲۷ درصد حداقل حقوق و دستمزد مصوب آن سال است.

۷-۴. بر اساس این دستورالعمل در هر ماه برای هر نوع قراردادی که فرد تحت پوشش شاغل منعقد نموده است اعم از حرف و مشاغل آزاد یا بیمه اختیاری، میزان کمک هزینه پرداختی تحت عنوان حق بیمه سهم خویش فرما توسط بهزیستی حداقل ۱۴ درصد و حداکثر تا ۱۸ درصد حداقل دستمزد سال جاری می باشد.

تبصره ۱: افرادی که تحت تکفل نداشته باشند می توانند قرارداد ۱۲ درصد منعقد نمایند. بهزیستی به این افراد، به همان میزان پرداختی در قرارداد ۱۲ درصد پرداخت خواهد نمود. همچنین اگر فردی در کمیسیون پزشکی بهزیستی یا تامین اجتماعی از کارافتاده محسوب گردد، و قرارداد ۱۲ درصدی منعقد نماید به علت عدم توانایی اشتغال مشمول دریافت این مشوق نمی باشد.

تبصره ۲: بیمه شدگانی که برای حرف و مشاغل آزاد قرارداد ۱۲ درصدی با سازمان تامین اجتماعی منعقد نموده باشند، در صورتی که یک سال از زمان انعقاد قرارداد آن ها گذشته باشد، می توانند قرارداد خود را به ۱۴ یا ۱۸ درصد تغییر دهند.

تبصره ۳: تمامی قراردادهای سازمان تامین اجتماعی برای حرف و مشاغل آزاد با احتساب ۲ درصد سهم دولت محاسبه می گردد. بدین ترتیب قرارداد ۱۴ درصد به اضافه ۲ درصد سهم دولت در مجموع ۱۶ درصد محاسبه می گردد که ۱۴ درصد توسط بهزیستی قابل پرداخت می باشد. همچنین قرارداد ۱۸ درصد به اضافه ۲ درصد سهم دولت در مجموع ۲۰ درصد محاسبه می گردد که ۱۸ درصد توسط بهزیستی قابل پرداخت می باشد.

تبصره ۴: افراد تحت پوشش که با سازمان تامین اجتماعی قرارداد بیمه اختیاری (۲۷ درصد) منعقد نموده اند، می توانند تا ۱۸ درصد از بهزیستی، ۲ درصد سهم دولت دریافت نموده و ۷ درصد مابقی را خودشان پرداخت نمایند.

تبصره ۵: افراد دارای معافیت بیمه ای نظیر قالی بافان، کارگران ساختمانی، تاکسی رانان و غیره که ۷ درصد حق بیمه خود را پرداخت نموده اند فقط می توانند معادل هزینه پرداختی به تامین اجتماعی (۷ درصد) را از بهزیستی دریافت نمایند.

۷-۵. حداقل دستمزد روزانه کارگران مصوب شورای عالی کار در سال ۱۴۰۳ مبلغ ۲۳۸۸۷۲۸ ریال بوده و حداقل حقوق آن ها برای ۳۰ روز مبلغ ۷۱۶۶۱۸۴۰ ریال و برای ۳۱ روز مبلغ ۷۴۰۵۰۵۶۸ ریال تعیین شده است. در بیمه خویش فرمایی این مبلغ صرفا شامل پایه حقوق و دستمزد بوده و مزایایی نظیر حق درمان را دربر نمی گیرد. سقف حق بیمه قابل پرداخت برای افراد تحت پوشش بهزیستی با احتساب مزایای مشمول بیمه در ماه های ۳۰ روزه و ۳۱ روزه برای قرارداد ۱۴ و ۱۸ درصد مطابق جدول شماره ۱ می باشد.

جدول شماره ۱. سقف پرداخت حق بیمه خویش فرمایی

درصد	سقف پرداخت در ماه های ۳۰ روزه	سقف پرداخت در ماه های ۳۱ روزه
۱۴ درصد حداقل حقوق سال	۱۰,۰۳۲,۶۵۸	۱۰,۳۶۷,۰۸۰
۱۸ درصد حداقل حقوق سال	۱۲,۸۹۹,۱۳۱	۱۳,۳۲۹,۱۰۲

مثال ۱: اگر در قرارداد با تامین اجتماعی حقوق فرد خویش فرمای تحت پوشش مبلغ ۷۳,۰۸۲,۸۴۰ ریال و درصد بیمه درج شده در قرارداد ۱۴ درصد باشد، حق بیمه خویش فرمای قابل پرداخت به نامبرده در ماه‌های ۳۰ روزه به صورت زیر محاسبه می‌شود:

مثال ۲: اگر در قرارداد با تامین اجتماعی حقوق فرد خویش فرمای تحت پوشش مبلغ ۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و درصد بیمه درج شده در قرارداد ۱۸ باشد، حق بیمه خویش فرمای قابل پرداخت به نامبرده به شرح زیر محاسبه می‌شود:

با توجه به این که عدد به دست آمده از سقف حق بیمه قابل پرداخت مندرج در جدول شماره ۱ این ماده بیشتر می‌باشد، بنابراین سقف حق بیمه قابل پرداخت توسط بهزیستی برای فرد مذکور در سال ۱۴۰۲ صرفاً به میزان تعیین شده در جدول شماره ۱ می‌باشد.

۶-۷. مبالغ جدید مرتبط با حداقل دستمزد مصوب، در ابتدای هر سال از طریق معاونت کارآفرینی و اشتغال مرکز اشتغال، کارآفرینی و توانمندسازی ابلاغ خواهد شد.

تبصره ۱: افراد تحت پوشش بهره‌مند از حق بیمه سهم خویش فرما می‌توانند از سایر خدمات مالی حوزه اشتغال شامل تسهیلات خوداشتغالی برای طرح‌های ایجاد، تکمیلی، توسعه‌ای، سرمایه کار بلاعوض، کمک هزینه آماده-سازی شغلی و ... در صورت وجود اعتبار بهره‌مند گردند.

تبصره ۲: هرگونه پرداخت منوط به تامین و تخصیص اعتبار توسط سازمان برنامه و بودجه کشور می‌باشد.

ماده ۸. وظایف

۸-۱. وظایف کارشناس اشتغال استان

- برنامه ریزی، سازماندهی و نظارت جهت ارتقای کمی و کیفی خدمات
- نیازسنجی جهت تامین بودجه مورد نیاز برای متقاضیان تشبیتی و ایجاد
- برنامه‌ریزی جهت توزیع منابع مالی بر اساس نیازسنجی و جذب آن در شهرستان‌های تحت پوشش
- ارائه گزارش هزینه‌کرد اعتبارات مطابق دستورالعمل حداکثر یک ماه پس از تخصیص هر مرحله از اعتبار به معاونت کارآفرینی و اشتغال کشور
- نظارت بر اجرای سیاست‌های ابلاغی بهزیستی کشور در خصوص انجام برنامه‌های مرتبط با خدمات اشتغال در شهرستان‌های استان.
- برنامه‌ریزی آموزشی جهت افزایش اطلاعات و آگاهی کارشناسان مجری طرح در سطح شهرستان‌های استان.
- نظارت بر تمامی مراحل فرایند قید شده در دستورالعمل‌های اجرایی در سطح شهرستان‌های استان (تکمیل فرم شماره چهار)
- بررسی عملکرد خدمات ارائه شده در کمیته اشتغال استان
- جمع‌آوری آمار و اطلاعات شهرستان‌ها و تحلیل آن با هدف تنظیم گزارش تفصیلی ادواری و سالیانه از عملکرد استان

۸-۲. وظایف کارشناس اشتغال شهرستان

- جمع‌آوری اطلاعات در خصوص شناسایی افراد نیازمند حق بیمه سهم خویش‌فرمایی با مشارکت مددکاران
- به روزرسانی اطلاعات افراد بهره‌مند از حق بیمه سهم خویش‌فرمایی شامل اتمام پرداخت به گروه هدف معاونت سلامت اجتماعی پس از پایان ۶۰ ماه، فوت‌شدگان، بازنشستگان و افرادی که شغل خود را ترک نموده‌اند.
- بررسی امکان ارائه خدمت (میزان بودجه مورد نیاز) برای متقاضیان تثبیتی و ایجاد
- پیگیری بررسی و تایید نهایی درخواست متقاضی در کمیته اشتغال شهرستان و اطلاع‌رسانی به تاییدشدگان دریافت حق بیمه سهم خویش‌فرما
- جمع‌آوری و ارائه مدارک مربوطه به واحد امور مالی جهت تنظیم اسناد مالی
- نظارت حضوری از محل کسب و کار هر شش ماه یک بار با هدف اطمینان از شاغل بودن فرد بهره‌مند از حق بیمه خویش‌فرما
- نظارت بر فرایند پرداخت بیمه سهم خویش‌فرمایی شامل اخذ روکش اسناد مالی و ...
- ثبت حق بیمه سهم خویش‌فرمایی پرداخت شده در سامانه خدمات اشتغال بهزیستی
- ثبت اطلاعات فرد ایجاد بهره‌مند از حق بیمه سهم خویش‌فرمایی در سامانه ملی رصد اشتغال کشور
- آرایه آمار و گزارش هزینه‌کرد اعتبارات حداکثر یک ماه پس از تخصیص هر مرحله از اعتبار به واحد اشتغال استان

۸-۳. وظایف مددکار فرد متقاضی

- شناسایی، ارزیابی اولیه و نیازسنجی افراد تحت پوشش واجد شرایط
- اطلاع‌رسانی در مورد شرایط و مدارک مورد نیاز به متقاضی
- بازدید اولیه و تکمیل گزارش مددکاری مبنی بر احراز نیازمندی
- دریافت مدارک تعیین شده و تشکیل پرونده اولیه
- حضور در جلسه کمیته اشتغال (در صورت نیاز)

ماده ۹. این دستورالعمل در ۹ ماده و ۱۵ تبصره توسط معاونت کارآفرینی و اشتغال سازمان بهزیستی تدوین و در شورای معاونین سازمان تصویب گردید که از تاریخ ابلاغ لازم الاجرا می‌باشد.

ضمائم

شامل:

فرم شماره یک: درخواست هزینه بیمه سهم خویش فرما

فرم شماره دو: صورتجلسه کمیته اشتغال شهرستان

فرم نظارت بر فرایند پرداخت بیمه سهم خویش فرمایی توسط استان از شهرستان

شماره
تاریخ

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

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

فرم شماره یک
"درخواست حق بیمه سهم خویش فرما"

جناب آقای / خانم
ریاست محترم اداره بهزیستی شهرستان

با سلام و احترام،

اینجانب فرزند با کد ملی تحت پوشش حوزه
(توانبخشی/اجتماعی) شاغل در رشته متقاضی استفاده از حق
بیمه سهم خویش فرما می‌باشم، خواهشمند است دستور فرمایید پس از بررسی اقدام لازم مبذول فرمایید.

آدرس محل کار:

آدرس محل سکونت:

شماره تلفن ثابت:

شماره تلفن همراه فرد بهره‌مند:

نام و نام خانوادگی متقاضی

امضاء، مهر یا اثر انگشت

سازمان بهزیستی کشور

مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی

معاونت کارآفرینی و اشتغال

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

شماره

تاریخ

فرم شماره دو

"صورتحلسه کمیته اشتغال شهرستان"

کمیته اشتغال شهرستان در تاریخ / / با حضور اعضای زیر جهت بررسی و اعلام نظر در خصوص درخواست شماره مورخ / / با موضوع استفاده از هزینه بیمه سهم خویش فرما توسط آقا/خانم شاغل در کار..... دارای مجوز شغلی شماره مورخ با هدف صحت سنجی مدارک و اهلیت سنجی متقاضی تشکیل و بر اساس گزارش مددکار و کارشناس اشتغال به شرح زیر، تصمیم نهایی اتخاذ گردید:

ردیف	مدارک مورد نیاز	وضعیت مدارک	
۱	تصویر کارت ملی متقاضی	دارد	ندارد
۲	گواهی تایید حوزه توانبخشی (ممه‌ور به مهر) مبنی بر توانایی جسمی و روانی انجام کار ویزه افراد دارای معلولیت ذهنی هوشی	دارد	ندارد
۳	پرینت استعمال مبنی بر تحت پوشش بودن از سامانه بهزیستی	دارد	ندارد
۴	تصویر مجوز فعالیت (پروانه کسب و یا پروانه فعالیت مرکز)	دارد	ندارد
۵	فرم گزارش مددکاری	دارد	ندارد
۶	فرم درخواست کتبی متقاضی (فرم شماره ۱)	دارد	ندارد
۷	تصویر قرارداد فرد تحت پوشش با سازمان تامین اجتماعی	دارد	ندارد
۸	تصویر فیش پرداختی ماهانه بیمه	دارد	ندارد

توضیحات:

درخواست متقاضی مورد تایید کمیته اشتغال جهت پرداخت حق بیمه خویش فرما: می باشد ☐ نمی باشد ☐

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ

رئیس اداره بهزیستی شهرستان

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ

کارشناس سلامت اجتماعی

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ

کارشناس توانبخشی

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ

کارشناس اشتغال

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ

تسهیلگر شغلی / مددکار پرونده

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ

رابط بازرسی

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ

رابط حراست

فرم نظارت بر فرایند پرداخت بیمه سهم خویش فرمایی توسط استان از شهرستان

تعداد افراد بهره‌مند شده		میزان اعتبار هزینه شده	میزان اعتبار تخصیص یافته به
جدید (نفر)	تثبیتی (نفر)	(به میلیون ریال)	شهرستان (به میلیون ریال)

چک لیست نظارت بر فرایند پرداخت بیمه سهم خویش فرمایی

ردیف	سوال	بلی	خیر	توضیحات
۱	آیا افراد بهره‌مند در سامانه مددجویی ثبت نام شده‌اند؟			بر اساس لیست استعلام از سامانه
۲	آیا افراد بهره‌مند شاغل می‌باشند؟			گزارش بازدید ۳ ماهه
۳	آیا افراد بهره‌مند دارای قرارداد با تامین اجتماعی و پرینت استعلام مبنی بر پرداخت ماهیانه حق بیمه می‌باشند؟			مدارک ارائه شده
۴	آیا درخواست افراد بهره‌مند دارای تاییدیه کمیته اشتغال بهزیستی شهرستان می‌باشد؟			فرم شماره دو
۵	آیا اسناد مالی پرداختی بر اساس دستورالعمل‌های ابلاغی بهزیستی کشور تنظیم و پرداخت گردیده است؟			تصویر اسناد مالی
۶	آیا اعتبارات تخصیصی به شهرستان به‌طور کامل حداکثر یک ماه پس از تخصیص هر مرحله هزینه گردیده است؟			مقایسه مدارک ارائه شده و اسناد مالی
۷	آیا سقف ماه‌های پرداختی برای بهره‌مندان حوزه سلامت اجتماعی رعایت شده است؟			ارائه سوابق بیمه
۸	آیا سقف حداقل و حداکثر درصد پرداختی به بهره‌مندان برابر حداقل حقوق و دستمزد ابلاغی رعایت گردیده است؟			مقایسه مدارک ارائه شده و اسناد مالی
۹	آیا پرداخت بیمه سهم خویش فرمایی در سامانه مددجویی فرد بیمه شده ثبت گردیده است؟			گزارش ماهانه از سامانه
۱۰	آیا مشاغل ایجاد شده جدید در سامانه ملی رصد اشتغال ثبت گردیده است؟			گزارش سامانه رصد
۱۱	آیا گزارش بازدیدهای حضوری توسط مددکار و کارشناس اشتغال شهرستان موجود می‌باشد؟			تصویر فرم گزارش
۱۲	آیا در بازه زمانی تعیین شده، گزارش هزینه‌کرد اعتبارات به استان ارسال گردیده است؟			نامه ارسال گزارش
۱۳	آیا اعضای کمیته اشتغال دارای ابلاغ می‌باشند؟			رویت ابلاغ‌ها

در راستای اجرای ماده ۲۹ قانون اساسی، ماده ۱۳ قانون حمایت از حقوق معلولان و آیین‌نامه اجرایی آن، مصوب ۱۳۹۸/۸/۸ هیئت محترم وزیران و ماده ۵۵ قانون الحاق موادی به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، دستورالعمل نحوه پرداخت حق بیمه سهم کارفرمایی نیازمندان و افراد دارای معلولیت به شرح زیر تدوین گردیده است:

ماده ۱. تعریف مفاهیم و واژه‌ها

در این دستورالعمل اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می‌روند.

حق بیمه تامین اجتماعی: نرخ بیمه کارگران مشمول قانون کار معادل ۳۰ درصد حقوق و مزایای مشمول بیمه است. ۷ درصد حق بیمه سهم کارگران است که کارفرما از حقوق و مزایای ماهیانه کارگر کسر کرده، بر روی آن ۲۳ درصد حق بیمه سهم کارفرما را اضافه کرده و به تامین اجتماعی واریز می‌کند.

بیمه سهم کارفرما: وجوهی است که کارفرما می‌بایست در مقابل کارگر به سازمان تامین اجتماعی پرداخت کند که میزان آن ۲۳ درصد حقوق و مزایای مشمول بیمه است که ۲۰ درصد آن سهم اصلی کارفرما و ۳ درصد بابت بیمه بیکاری می‌باشد تا کارگر در زمان بیکار شدن بتواند از مزایای آن استفاده نماید.

حق بیمه سهم کارفرما: مبلغی است که بر اساس مفاد این دستورالعمل بابت هر ماه به کارفرمای حقیقی و حقوقی بخش غیردولتی یا خصوصی در قبال به‌کارگیری فرد تحت پوشش مشمول، پرداخت می‌گردد.

مزایای قانونی مشمول بیمه: در این دستورالعمل شامل هزینه غذا، ایاب و ذهاب و درمان می‌باشد.

ماده ۲. مشمولین دریافت بیمه سهم کارفرما

تمامی کارفرمایان حقیقی و حقوقی بخش غیردولتی یا خصوصی که نسبت به اشتغال افراد تحت پوشش بهزیستی به عنوان پشتیبان مشاغل خانگی یا کارفرمای شغل غیرخانگی نظیر کارگاه‌ها، بنگاه‌های کسب و کار و ... اقدام و حق بیمه سهم کارفرمایی آنان را به سازمان تامین اجتماعی واریز و بر اساس قانون و مقررات مربوط، به فرد حقوق پرداخت نموده‌اند.

حق بیمه سهم کارفرمایی شامل گروه هدف زیر نمی‌شود:

- افرادی که اشتغال آن‌ها از حالت کارفرمایی به خویش‌فرمایی تبدیل گردیده است.
- افرادی که شغل خود را رها کرده‌اند (این افراد در صورت تمایل می‌توانند خودشان حق بیمه سهم خویش‌فرما را پرداخت نمایند).
- گروه هدف مشمول تخفیف‌های بیمه‌ای دولت نظیر قالی‌بافان و ...
- افرادی که حق بیمه کمتر از ۳۰ روز به طور مثال ۱۵ یا ۱۰ روز توسط کارفرما پرداخت می‌گردد.
- افرادی که قرارداد پاره وقت منعقد نموده‌اند
- افراد دارای معلولیتی که در کارگاه‌های تولیدی حمایتی و مراکز حرفه‌آموزی، دوره توانبخشی حرفه‌ای را سپری می‌نمایند (با توجه به ماهیت آموزشی کارگاه‌های تولیدی حمایتی و مراکز حرفه‌آموزی افراد دارای معلولیت تحت نظارت حوزه توانبخشی بهزیستی و عدم وجود قرارداد کارگری و کارفرمایی بین طرفین و عدم پرداخت حقوق مصوب، پرداخت مشوق‌های بیمه‌ای به صاحبان امتیاز مراکز فوق‌الذکر مجاز نمی‌باشد).

تبصره: افراد دارای آسیب ذهنی در صورت تایید حوزه توانبخشی مبنی بر توانایی جسمی و روانی انجام کار مورد نظر می‌توانند مشمول دریافت حق بیمه کارفرمایی گردند.

ماده ۳. اولویت‌بندی گروه هدف مشمول پرداخت بیمه سهم کارفرما

کمیته اشتغال شهرستان می‌بایست بر اساس معیارهای زیر اولویت بهره‌مندان را تعیین نماید.

- دهک خانوار
- شدت معلولیت
- سرپرست خانوار بودن
- تاهل
- بعد خانوار
- وجود چند فرد دارای معلولیت در خانواده
- والدین دارای فرزندان سه قلو و بیشتر
- سکونت در مناطق محروم و کم برخوردار
- مشمولین در سنین پایین‌تر
- اشتغال‌های ایجاد

ماده ۴. شرایط بهره‌مندی از حق بیمه سهم کارفرما

۴-۱. شرایط گروه هدف

۱. تحت پوشش بهزیستی و دارای وضعیت فعال در سامانه مددجویی بهزیستی
۲. سن بین ۱۸ تا ۵۰ سال هنگام معرفی به کارفرما
۳. دارا بودن مدارک هویتی (کارت ملی)
۴. دارا بودن شرایط جسمی و روانی متناسب با شغل مربوطه

۴-۲. شرایط کارفرما

۱. داشتن کد شناسه یکتا یا مجوز فعالیت (پروانه کسب، پروانه فعالیت مراکز و ...)
 ۲. داشتن کد کارگاهی یا شناسه کارگاه از سازمان تامین اجتماعی
 ۳. پذیرش انعقاد قرارداد حداقل یک‌ساله با افراد تحت پوشش معرفی شده
 ۴. ارائه مستندات مربوط به پرداختی ماهانه بیمه
- تبصره: کارفرمایان بهره‌مند شده از مشوق‌های بیمه‌ای مکلفند در صورت تغییر مکان کسب و کار و یا تغییر رسته فعالیت، موارد را در اسرع وقت به واحد اشتغال ادارات بهزیستی شهرستان اطلاع دهند.

ماده ۵. مدارک مورد نیاز جهت برقراری حق بیمه سهم کارفرما

۱. تصویر مجوز فعالیت معتبر یا ارائه شناسه یکتا

۲. فرم درخواست نیروی کار جدید در ازای دریافت حق بیمه سهم کارفرما از بهزیستی توسط کارفرمای دارای حق امضاء در سربرگ رسمی ممه‌ور به مهر و امضاء (فرم شماره ۱).
 ۳. فرم بازدید اولیه از محل کسب و کار توسط کارشناس اشتغال شهرستان (فرم شماره ۲)
 ۴. معرفی‌نامه رسمی کارجوی جدید تحت پوشش واجد شرایط به کارفرما (فرم شماره ۳)
 ۵. تصویر قرارداد فرد شاغل تحت پوشش با کارفرما
 ۶. آخرین فیش پرداختی بیمه فرد تحت پوشش توسط کارفرما به بهزیستی شهرستان
 ۷. فرم تایید کمیته اشتغال شهرستان (فرم شماره ۴)
- تبصره: شرایط و مدارک مورد نیاز می‌بایست در کمیته اشتغال شهرستان تأیید گردد و در واحد اشتغال استان مورد نظارت قرار گیرد.

ماده ۶. مراحل پرداخت حق بیمه سهم کارفرما

۱. ارائه درخواست نیروی کار جدید در ازای دریافت مشوق بیمه‌ای (فرم شماره ۱) منضم به مجوز فعالیت کارفرما. این فرم توسط کارفرما تکمیل و همراه با تصویر مجوز فعالیت تحویل کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان می‌گردد.
 ۲. اطلاع‌رسانی در مورد شرایط و مدارک مورد نیاز به کارفرما توسط کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان
 ۳. اعلام شرایط و مشخصات نیروهای مورد درخواست کارفرما به مددکاران توسط کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان
 ۴. شناسایی، ارزیابی اولیه و نیازسنجی فرد تحت پوشش توسط مددکار جهت معرفی به کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان
 ۵. اطلاع‌رسانی در مورد شرایط و مدارک مورد نیاز به فرد تحت پوشش توسط مددکار
 ۶. بازدید اولیه و تهیه گزارش از محل کسب و کار کارفرما توسط کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان به منظور تایید تطابق شرایط عمومی فرد تحت پوشش با محیط کار (فرم شماره ۲)
 ۷. معرفی متقاضی تحت پوشش به کارفرما (فرم شماره ۳) از طریق نامه رسمی اداره بهزیستی شهرستان به کارفرما
 ۸. عقد قرارداد حداقل یکساله با افراد تحت پوشش به کارگیری شده توسط کارفرما و ارائه قرارداد به اداره بهزیستی شهرستان
- تبصره: در مفاد قرارداد فی مابین کارفرما و کارجو نحوه پرداخت دستمزد افراد می‌بایست به صورت ماهیانه ذکر شود.
۹. پرداخت بیمه مطابق قوانین و مقررات مربوط و ارسال لیست پرداخت بیمه حداقل ماه اول فرد تحت پوشش توسط کارفرما به بهزیستی شهرستان
- تبصره: ارائه مستندات مربوط به پرداخت حق بیمه توسط کارفرما به منزله اعلام کتبی به کارگیری افراد تحت پوشش بهزیستی می‌باشد.

۱۰. بررسی و تایید نهایی درخواست متقاضی و کارفرما در کمیته اشتغال شهرستان (فرم شماره ۴)
۱۱. ارائه مستندات به صورت هر ماه یکبار توسط کارفرما به بهزیستی شهرستان به شرح زیر:
 - رسید پرداخت حق بیمه سهم کارفرما
 - لیست صورت دستمزد یا لیست سوابق گذشته
۱۲. تنظیم و تایید اسناد مالی
۱۳. پرداخت حق بیمه سهم کارفرما به حساب کارفرما
۱۴. ثبت حق بیمه سهم کارفرمای پرداخت شده در سامانه خدمات اشتغال بهزیستی
۱۵. ثبت اطلاعات افراد اشتغال یافته توسط کاربران در سامانه رصد اشتغال کشور (در صورتی که شغل متقاضی از نوع ایجادى باشد)
۱۶. نظارت حضوری از محل کسب و کار توسط مددکار و یا کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان (در صورت ضرورت) هر شش ماه یک بار (فرم شماره ۵)

ماده ۷. نحوه محاسبه و شرایط پرداخت حق بیمه سهم کارفرما

- ۷-۱. افراد دارای معلولیت به کارگیری شده توسط کارفرمایان، می توانند در تمام دوران اشتغال مشمول پرداخت حق بیمه سهم کارفرما قرار گیرند.
- ۷-۲. هر فرد تحت پوشش معاونت سلامت اجتماعی شاغل در بخش کارفرمایی، می تواند حداکثر به مدت پنج سال معادل ۶۰ ماه به صورت مستمر یا غیرمستمر، مشمول پرداخت حق بیمه به کارفرما قرار گیرد. همچنین هر کارفرما به ازای یک به کارگیری هر فرد می تواند حداکثر به مدت پنج سال معادل ۶۰ ماه به صورت مستمر یا غیرمستمر، هزینه حق بیمه کارفرمایی دریافت نماید. کارشناس اشتغال شهرستان موظف است بلافاصله پس از ۶۰ ماه نسبت به قطع پرداخت حق بیمه سهم کارفرما اقدام نماید.
- تبصره: اگر فرد تحت پوشش به عنوان مثال ۴۰ ماه در یک کارگاه مشغول به کار باشد، در صورتی که بخواهد در کارگاه دیگری با کارفرمای جدید کار کند فقط می تواند از حق بیمه ۲۰ ماه بهره مند گردد.
- ۷-۳. در قراردادهای پاره وقت یا ساعتی بایستی تعداد روزهای کارکرد فرد تحت پوشش محاسبه و حق بیمه سهم کارفرمایی به میزان کارکرد روزانه پرداخت گردد.
- ۷-۴. سقف حق بیمه سهم کارفرما در هر ماه حداکثر تا ۲۰ درصد حداقل حقوق ماهیانه مصوب شورای عالی کار در هر سال می باشد.
- تبصره: در مشاغل سخت که کارفرما مشمول دریافت یارانه ۲۰ درصدی حق بیمه سهم کارفرمایی و ۳ درصد بیمه بیکاری از محل منابع دولتی می باشند و ۷ درصد باقیمانده از حقوق فرد تحت پوشش شاغل در کارگاه کسر می گردد، کارفرما مجاز به دریافت سهم ۷ درصد کارفرما و ۲۳ درصد مشمول معافیت دولتی از بهزیستی نمی باشد.
- لیست ۳۸ مورد مشاغل سخت در جدول شماره پنج در بخش چکیده آمده است.
- ۷-۵. حداقل حقوق و مزایای مشمول بیمه ماهیانه (شامل حق عائله، کمک هزینه خواربار و حق مسکن) مصوب شورای عالی کار در سال ۱۴۰۳، برای ماههای ۳۰ روزه مبلغ ۹۹,۶۶۱,۸۴۰ ریال و برای ماههای ۳۱ روزه مبلغ ۱۰۲,۰۵۰,۵۶۸ ریال تعیین شده است. بنابراین سقف حق بیمه سهم کارفرمایی قابل پرداخت توسط بهزیستی به

کارفرما با احتساب ۲۰ درصد برای ماه‌های ۳۰ روزه مبلغ ۱۹,۹۳۲,۳۶۸ ریال و برای ماه‌های ۳۱ روزه مبلغ ۲۰,۴۱۰,۱۱۳ ریال می‌باشد. مبالغ جدید مرتبط با حداقل حقوق مصوب، در ابتدای هر سال از طریق معاونت کارآفرینی و اشتغال مرکز اشتغال، کارآفرینی و توانمندسازی ابلاغ خواهد شد.

تبصره ۱: کارشناس اشتغال شهرستان موظف است در صورت خروج از کار هر یک افراد تحت پوشش نسبت به قطع پرداخت یارانه بیمه سهم کارفرما اقدام نماید.

تبصره ۲: کارشناس اشتغال شهرستان می‌بایست به تعداد ماه‌هایی که کارفرما به دلیل غیبت از کار هر یک از افراد تحت پوشش، حق بیمه را پرداخت ننموده باشد، نسبت به عدم واریز ماه‌های پرداخت نشده بیمه به حساب کارفرما اقدام نماید.

۷-۶. پرداخت هم‌زمان حق بیمه سهم کارفرما و کمک هزینه ارتقای کارایی افراد دارای معلولیت به کارفرما در صورت وجود اعتبار صرفاً برای فرد تحت پوشش با شدت معلولیت متوسط، شدید و خیلی شدید مجاز می‌باشد.

۷-۷. پرداخت حق بیمه سهم کارفرمایی به کارفرما جهت به کارگیری افراد دارای معلولیتی که در منزل کار محوله را انجام می‌دهند، مجاز است.

تبصره ۱: در کارگاه‌هایی که تعداد افراد بیمه شده اعم از مددجو و غیرمددجو کمتر از ۵۰ نفر می‌باشد، کارفرمایانی که افراد دارای معلولیت تحت پوشش بهزیستی را در منزل به کار می‌گیرند، می‌بایست جهت پاسخگویی به بازرسان سازمان تامین اجتماعی لیست اسامی افراد دارای معلولیت را به همراه مدارک معلولیت به شعبه مربوطه ارسال نمایند.

تبصره ۲: در کارگاه‌هایی که تعداد افراد بیمه شده اعم از افراد تحت پوشش و غیر تحت پوشش بالای ۵۰ نفر می‌باشد نیاز به بازرسی سازمان تامین اجتماعی نمی‌باشد.

۷-۸. واریز مبلغ حق بیمه سهم کارفرما به حساب فرد تحت پوشش مجاز نیست و صرفاً می‌بایست به حساب کارفرما پرداخت گردد. کارفرمایان داوطلب در صورت تمایل می‌توانند مبلغ واریزی بهزیستی را با نیت افزایش دستمزد فرد تحت پوشش، به حقوق وی اضافه نمایند.

۷-۹. هرگونه پرداخت منوط به تامین و تخصیص اعتبار توسط سازمان برنامه و بودجه کشور می‌باشد.

ماده ۸. وظایف

۸-۱. وظایف کارشناس اشتغال استان

- برنامه ریزی، سازماندهی و نظارت جهت ارتقای کمی و کیفی خدمات
- نیازسنجی جهت تامین بودجه مورد نیاز برای متقاضیان تثبیتی و ایجاد
- برنامه‌ریزی جهت توزیع منابع مالی بر اساس نیازسنجی و جذب آن در شهرستان‌های تحت پوشش
- ارائه گزارش هزینه‌کرد اعتبارات مطابق دستورالعمل حداکثر یک ماه پس از تخصیص هر مرحله از اعتبار به معاونت کارآفرینی و اشتغال کشور
- نظارت بر اجرای سیاست‌های ابلاغی بهزیستی کشور در خصوص انجام برنامه‌های مرتبط با خدمات اشتغال در شهرستان‌های استان.
- برنامه‌ریزی آموزشی جهت افزایش اطلاعات و آگاهی کارشناسان مجری طرح در سطح شهرستان‌های استان.

- نظارت بر تمامی مراحل فرایند قید شده در دستورالعمل‌های اجرایی در سطح شهرستان‌های استان (تکمیل فرم شماره شش)
- بررسی عملکرد خدمات ارائه شده در کمیته اشتغال استان
- جمع‌آوری آمار و اطلاعات شهرستان‌ها و تحلیل آن با هدف تنظیم گزارش تفصیلی ادواری و سالیانه از عملکرد استان

۸-۲. وظایف کارشناسی اشتغال شهرستان

- جمع‌آوری اطلاعات در خصوص شناسایی افراد نیازمند حق بیمه سهم کارفرمایی با مشارکت مددکاران
- معرفی افراد تحت پوشش واجد شرایط به کارفرمای متقاضی
- نظارت بر انعقاد قرارداد مابین کارفرما و فرد تحت پوشش شامل زمان قرارداد که بایستی از ابتدای هر ماه و همچنین مبلغ قرارداد که بایستی مطابق با حداقل حقوق و مزایای مصوب شورای عالی کار باشد
- به روزرسانی اطلاعات افراد بهره‌مند از حق بیمه سهم کارفرمایی شامل اتمام پرداخت هزینه به گروه هدف معاونت سلامت اجتماعی پس از پایان ۶۰ ماه، فوت‌شدگان، بازنشستگان، استخدام‌شدگان در بخش دولتی و افرادی که شغل خود را ترک نموده‌اند.
- بررسی امکان ارائه خدمت (میزان بودجه مورد نیاز) برای متقاضیان تثبیتی و ایجاد
- پیگیری بررسی و تایید نهایی درخواست متقاضی در کمیته اشتغال شهرستان و اطلاع‌رسانی به کارفرمایان تاییدشده جهت دریافت حق بیمه سهم کارفرما
- جمع‌آوری و ارائه مدارک مربوطه به واحد امور مالی جهت تنظیم اسناد مالی
- بازدید اولیه قبل از ارائه خدمت به فرد متقاضی
- نظارت حضوری از محل کسب و کار هر شش ماه یک بار تا دو سال با هدف اطمینان از شاغل بودن فرد بهره‌مند از حق بیمه کارفرما
- نظارت بر فرایند پرداخت بیمه سهم کارفرمایی شامل اخذ روکش اسناد مالی و ...
- ثبت حق بیمه سهم کارفرمایی پرداخت شده در سامانه خدمات اشتغال بهزیستی
- ثبت اطلاعات اشتغال ایجاد بهره‌مند از حق بیمه سهم کارفرمایی در سامانه ملی رصد اشتغال کشور
- ارایه آمار و گزارش هزینه‌کرد اعتبارات حداکثر یک ماه پس از تخصیص هر مرحله از اعتبار به واحد اشتغال استان

ماده ۹. این دستورالعمل در ۹ ماده و ۱۱ تبصره توسط معاونت کارآفرینی و اشتغال سازمان بهزیستی تدوین و در شورای معاونین سازمان تصویب گردید که از تاریخ ابلاغ لازم الاجرا می‌باشد.

ضمائم

شامل:

فرم شماره یک: درخواست نیرو از بهزیستی توسط کارفرمایان

فرم شماره دو: بازدید اولیه از کارگاه محل اشتغال افراد تحت پوشش دریافت کننده حق بیمه سهم کارفرما

فرم شماره سه: معرفی نامه نیروی کار به کارفرمای متقاضی استفاده از بیمه سهم کارفرما

فرم شماره چهار: صورتجلسه کمیته اشتغال شهرستان

فرم شماره پنج: بازدید شش ماه پس از اشتغال از کارگاه محل اشتغال افراد تحت پوشش دریافت کننده حق بیمه سهم

کارفرما

فرم نظارت بر فرایند پرداخت بیمه سهم کارفرمایی توسط استان از شهرستان

شماره
تاریخ

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

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

فرم شماره یک
"درخواست نیرو از بهزیستی توسط کارفرمایان"

جناب آقای / خانم
ریاست محترم اداره بهزیستی شهرستان
با سلام و احترام،

اینجانب فرزند کدملی
مدیرعامل/رئیس/مالک شرکت/کارفرما ، درخواست به کارگیری تعداد نفر نیرو از
گروه هدف تحت پوشش بهزیستی با شرایط مندرج در جدول زیر در ازای دریافت حق بیمه سهم کارفرما را دارم.
خواهشمند است دستور فرمایید پس از بررسی اقدام لازم معمول و نتیجه اعلام گردد.

تعداد نفرات						وضعیت تخصص و مهارت	وضعیت ناهل		محدوده سنی	تحصیلات	جنس	ردیف
شغل پیشنهادی	زن سرپرست	بهبود یافته اعتیاد	نابینا	ناشنوا	جسمی حرکتی	ذهنی	ندارد	دارد	مجرد	متاهل		

نام و نام خانوادگی کارفرما
مهر، امضا و تاریخ

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

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

فرم شماره دو

"بازدید اولیه از کارگاه محل اشتغال افراد تحت پوشش دریافت کننده حق بیمه سهم کارفرما"

تاریخ بازدید:

نام و نام خانوادگی کارفرما:

عنوان شغل:

کد بیمه کارگاه:

شماره پروانه فعالیت:

وضعیت کارگاه: فعال ☐ غیرفعال ☐

مجاز با نوع فعالیت مطابقت دارد؟ بله ☐ خیر ☐

آدرس و تلفن کارگاه:

معیارهای شرایط محیط کار	بله	خیر	راهنما
*نوع شغل با توانایی جسمی و روانی افراد تحت پوشش تناسب دارد؟	☐	☐	حتما بایستی "بله" باشد
*شغل مورد نظر ایمنی لازم برای افراد تحت پوشش دارد؟	☐	☐	حتما بایستی "بله" باشد
*میزان ساعت کاری در یک روز مناسب شرایط جسمی و روانی فرد تحت پوشش می باشد؟	☐	☐	حتما بایستی "بله" باشد
*میزان دستمزد پرداختی در یک ماه مکفی می باشد؟	☐	☐	حتما بایستی "بله" باشد
سرویس ایاب و ذهاب دارد؟	☐	☐	
نیاز به مناسب سازی محل کار دارد؟	☐	☐	

توضیحات کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان:

نتیجه بازدید: شغل مورد نظر مناسب با شرایط فرد تحت پوشش معرفی شده می باشد ☐ نمی باشد ☐

تصمیم کارشناسی: در صورت تایید: ارجاع پرونده به کمیته اشتغال ؛ در صورت عدم تایید: ارجاع فرد به سایر خدمات اشتغال

نام و نام خانوادگی کارشناس اشتغال بهزیستی

امضاء و تاریخ

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

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

فرم شماره سه

"صورتحجلسه کمیته اشتغال شهرستان"

کمیته اشتغال شهرستان در تاریخ / / با حضور اعضای جهت بررسی و اعلام نظر درخواست شماره مورخ / / با موضوع استفاده از بیمه سهم کارفرما تشکیل و تصمیم زیر اتخاذ گردید.

نام و نام خانوادگی کارفرمای متقاضی: کدملی:

آدرس کارگاه: شماره تماس کارفرما:

تعداد نیروی به کارگیری شده:

ردیف	مدارک مورد نیاز	وضعیت مدارک
۱	پرینت استعلام اطلاعات متقاضی مبنی بر تحت پوشش بودن فرد به کارگماری شده	دارد ندارد
۲	فرم درخواست نیروی کار در ازای دریافت حق بیمه کارفرما (فرم شماره ۱)	دارد ندارد
۳	تصویر مجوز فعالیت (پروانه کسب و یا پروانه فعالیت مرکز) یا کد شناسه یکتا	دارد ندارد
۴	فرم بازدید از کارگاه	دارد ندارد
۵	تصویر قرارداد یک ساله فرد تحت پوشش با کارفرما	دارد ندارد
۶	تصویر آخرین فیش پرداختی بیمه	دارد ندارد

درخواست مورد تایید اعضای کمیته اشتغال جهت پرداخت حق بیمه سهم کارفرما: ☐ می باشد ☐ نمی باشد

سوابق حق بیمه کارفرمایی گروه هدف معاونت سلامت اجتماعی

سال	سال اول (۱۴.....)	سال دوم (۱۴....)	سال سوم (۱۴.....)	سال چهارم (۱۴.....)	سال پنجم (۱۴.....)
تعداد ماه پرداخت شده					

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
 رئیس اداره بهزیستی شهرستان

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
 کارشناس سلامت اجتماعی

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
 کارشناس توانبخشی

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
 کارشناس اشتغال

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
 تسهیلگر شغلی / مددکار پرونده

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
 رابط بازرسی

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ
 رابط حراست

شماره

تاریخ

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

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

فرم شماره چهار

معرفی نامه نیروی کار به کارفرمای متقاضی استفاده از بیمه سهم کارفرما

جناب آقای / خانم

مدیرعامل / رئیس / کارفرمای محترم

با سلام و احترام،

پاسخ به درخواست شماره مورخ مبنی بر به کارگیری نفر نیروی کار از
گروه هدف تحت پوشش بهزیستی و به استناد تأییدیه کمیته اشتغال شهرستان بدینوسیله
آقای/خانم فرزند با کدملی با تحصیلات نوع و
شدت معلولیت برای تصدی شغل معرفی می گردد.
خواهشمند است همکاری لازم را مبذول فرمایید.

نام و نام خانوادگی رئیس اداره بهزیستی شهرستان

امضاء و تاریخ

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

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

فرم شماره پنج (این فرم صرفاً برای خدمت‌گیرندگان جهت پرداخت حق بیمه کارفرمایی تکمیل می‌گردد)

"بازدید شش ماه پس از اشتغال از محل کار افراد تحت پوشش"

نام و نام خانوادگی کارفرما: وضعیت کارگاه در هنگام بازدید: فعال است ☐ غیرفعال است ☐

آدرس و تلفن محل کسب و کار:

تعداد کل شاغلین تحت پوشش در کارگاه:

آیا سابقه بیمه ماهیانه فرد تحت پوشش به طور کامل توسط کارفرما پرداخت شده است؟ ☐ خیر ☐ بله

آیا فرد تحت پوشش معرفی شده همچنان مشغول به کار است؟ ☐ خیر ☐ در صورت خیر، تاریخ ترک شغل: / /

علل ترک شغل:

نارضایتی کارفرما: از کیفیت کار فرد ☐ از اخلاق و رفتار فرد ☐ از حضور و غیاب فرد ☐ سایر با ذکر عنوان:

نارضایتی فرد تحت پوشش: مشکلات جسمی و خانوادگی ☐ سختی کار ☐ دوری راه ☐ اخلاق و رفتار نامناسب کارفرما ☐

سایر با ذکر عنوان:

مشخصات افراد شاغل تحت پوشش بهزیستی در محل کسب و کار

نام و نام خانوادگی	تاریخ شروع به کار در کارگاه	میزان حقوق دریافتی ماهیانه (به ریال)	تعداد ماه‌های پرداخت حق بیمه سهم کارفرما در سالی جاری توسط کارفرما	تعداد ماه‌های پرداخت حق بیمه سهم کارفرما در سالی جاری توسط بهزیستی	توضیحات

نتیجه بازدید: شرایط فرد / افراد تحت پوشش معرفی شده، نامناسب ☐ تا حدی مناسب ☐ مناسب ☐ می‌باشد.

تصمیم کارشناسی: نامناسب: قطع همکاری؛ تا حدی مناسب: بررسی علل مشکلات و حل مسئله؛ مناسب: ادامه کار

نام و نام خانوادگی تسهیلگر شغلی / کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان

امضاء و تاریخ

فرم نظارت بر فرایند پرداخت بیمه سهم کارفرمایی توسط استان از شهرستان

تعداد افراد بهره‌مند شده		میزان اعتبار هزینه شده (به میلیون ریال)	میزان اعتبار تخصیص یافته به شهرستان (به میلیون ریال)
جدید (نفر)	تثبیتی (نفر)		

چک لیست نظارت بر پرداخت حق بیمه سهم کارفرما

ردیف	سوال	بلی	خیر	توضیحات
۱	آیا بازدید اولیه از محل کسب و کار کارفرما توسط کارشناس اشتغال بر اساس فرم شماره ۲ صورت گرفته است؟			
۲	آیا افراد معرفی شده به کارفرمایان، تحت پوشش هستند و وضعیت آنان در سامانه مددجویی فعال می‌باشند؟			
۳	آیا افراد معرفی شده دارای قرارداد با کارفرما می‌باشند؟			
۴	آیا حقوق افراد تحت پوشش بر اساس قرارداد از سوی کارفرما به حساب فرد تحت پوشش پرداخت گردیده است؟			
۵	آیا بیمه افراد تحت پوشش از سوی کارفرما پرداخت شده است؟			
۶	درخواست کارفرمایان تاییدیه کمیته اشتغال شهرستان دارد؟			
۷	آیا اعتبارات تخصیصی به شهرستان به طور کامل در زمان تعیین شده هزینه گردیده است؟			
۸	آیا سقف ۶۰ ماه پرداختی برای گروه هدف سلامت اجتماعی رعایت شده است؟			
۹	آیا محاسبه سقف حداکثر درصد پرداختی برابر حداقل دستمزد و مزایای مشمول بیمه ابلاغی رعایت گردیده است؟			
۱۰	آیا گزارشات نظارت تلفنی توسط کارشناس اشتغال شهرستان موجود می‌باشد؟			
۱۱	آیا اعضای کمیته اشتغال دارای ابلاغ می‌باشند؟			
۱۲	آیا مشاغل ایجاد شده جدید در سالجاری در سامانه بهزیستی و ملی رصد اشتغال ثبت گردیده است؟			
۱۳	آیا گزارش بازدیدهای حضوری کارشناس موجود می‌باشد؟			
۱۴	آیا در بازه زمانی تعیین شده، گزارش هزینه کرد اعتبارات به استان ارسال گردیده است؟			

فصل چهارم

دستورالعمل

پرداخت کمک هزینه ارتقای کارایی افراد دارای معلولیت

در راستای اجرای ماده ۲۹ قانون اساسی، ماده ۱۲ قانون حمایت از حقوق معلولان و آیین‌نامه اجرایی آن مصوب ۱۳۹۸/۸/۸ هیئت محترم وزیران، دستورالعمل نحوه پرداخت کمک هزینه ارتقای کارایی افراد دارای معلولیت به شرح زیر تدوین گردید:

ماده ۱. تعریف مفاهیم و واژه‌ها

در این دستورالعمل اصطلاح زیر در معانی مشروح مربوط به کار می‌رود.

کمک هزینه ارتقای کارایی افراد دارای معلولیت: عبارت است از پرداخت حداکثر پنجاه درصد (۵۰٪) حداقل حقوق و دستمزد ماهیانه مصوب شورای عالی کار به کارفرما برای به‌کارگیری فرد دارای معلولیت جویای کار با توجه به شدت معلولیت (خفیف سی درصد (۳۰٪)، متوسط چهل درصد (۴۰٪) و شدید و خیلی شدید پنجاه درصد (۵۰٪).

ماده ۲. مشمولین دریافت کمک هزینه ارتقای کارایی

تمامی کارفرمایان حقیقی و حقوقی بخش خصوصی یا غیردولتی تحت عنوان کارفرمای شغل غیرخانگی یا پشتیبان مشاغل خانگی که نسبت به اشتغال افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی، بینایی، شنوایی، صوت و گفتار، ذهنی و بیماران روانی بازتوان با شدت خفیف، متوسط، شدید و خیلی شدید تحت پوشش بهزیستی اقدام و بر اساس قانون و مقررات مربوط، به آن‌ها حقوق و دستمزد پرداخت نموده‌اند.

تبصره: کمک هزینه ارتقای کارایی شامل افراد دارای معلولیت زیر نمی‌شود:

- افراد دارای معلولیت غیرقابل توانمندسازی محجور نظیر افراد دارای معلولیت ذهنی هوشی
- افراد دارای معلولیتی که اشتغال آن‌ها از حالت کارفرمایی به خویش‌فرمایی تبدیل گردیده است.
- افراد دارای معلولیتی که شغل خود را رها کرده‌اند.
- افراد دارای معلولیتی که هنگام تقاضا از کارگاه‌های تولیدی حمایتی، مراکز حرفه‌آموزی، مراکز آموزشی توانبخشی روزانه و مراکز مراقبتی شبانه‌روزی، خدمات دریافت می‌نمایند.

ماده ۳. اولویت‌بندی گروه هدف مشمول پرداخت کمک هزینه ارتقای کارایی

کمیته اشتغال شهرستان می‌بایست در شرایط برابر بر اساس معیارهای زیر اولویت بهره‌مندان را تعیین نماید.

- بر اساس ماده ۴ آیین‌نامه اجرایی ماده ۱۲ قانون حمایت از حقوق معلولان، شدت معلولیت با رعایت ترتیب ذیل:

۱. افراد دارای معلولیت شدید ذهنی و روانی قابل توانمندسازی

۲. افراد دارای معلولیت‌های شدید و خیلی شدید قابل توانمندسازی

۳. افراد دارای معلولیت‌های متوسط

۴. افراد دارای معلولیت‌های خفیف

- دهک خانوار

- سرپرست خانوار بودن

- تاهل

- بعد خانوار

- وجود چند فرد دارای معلولیت در خانواده

- سکونت در مناطق محروم و کم برخوردار

- مشمولین در سنین پایین تر

- اشتغال های ایجاد

تبصره: در پرداخت کمک هزینه ارتقای کارایی، اولویت با کارفرمایانی است که نسبت به رعایت موارد زیر اقدام نمایند:

- انجام اقدامات منجر به افزایش کارایی افراد دارای معلولیت نظیر مناسب سازی محیط کار

- به کارگیری تجهیزات و فناوری های کمکی متناسب با توانمندی ها و محدودیت های شاغلین دارای معلولیت.

- انطباق شغل فرد دارای معلولیت با نوع و شدت معلولیت و تحصیلات وی.

ماده ۴. شرایط بهره مندی از کمک هزینه ارتقای کارایی

۴-۱. شرایط گروه هدف

۱. تحت پوشش بهزیستی و دارای وضعیت فعال در سامانه مددجویی بهزیستی

۲. سن ۱۸ تا ۶۵ سال هنگام معرفی به کارفرما

۳. دارا بودن مدارک هویتی (کارت ملی)

۴. دارا بودن شرایط جسمی و روانی متناسب با شغل مربوطه

۴-۲. شرایط کارفرما

۱. داشتن شناسه یکتا یا مجوز فعالیت (پروانه کسب، پروانه فعالیت مراکز و ...)

۲. داشتن کد کارگاهی یا شناسه کارگاه از سازمان تامین اجتماعی

۳. پذیرش انعقاد قرارداد حداقل یک ساله با افراد تحت پوشش

۴. ارائه مستندات مربوط به پرداخت حقوق و مزایای قانونی و آخرین پرداختی بیمه

تبصره: کارفرمایان بهره مند شده از کمک هزینه ارتقای کارایی مکلفند در صورت تغییر مکان کسب و کار و یا تغییر رسته فعالیت، موارد را در اسرع وقت به واحد اشتغال ادارات بهزیستی شهرستان اطلاع دهند.

ماده ۵. مدارک مورد نیاز جهت برقراری کمک هزینه ارتقای کارایی

۱. ارائه کد شناسه یکتا یا مجوز فعالیت معتبر از سوی کارفرما

۲. فرم درخواست نیروی کار جدید در ازای دریافت کمک هزینه ارتقای کارایی از بهزیستی توسط کارفرمای

دارای حق امضا در سربرگ رسمی ممهور به مهر و امضا (فرم شماره ۱).

۳. فرم بازدید اولیه از محل کسب و کار (فرم شماره ۲)

۴. معرفی نامه کارجوی جدید تحت پوشش واجد شرایط به کارفرما (فرم شماره ۳)
۵. تصویر قرارداد حداقل یک ساله فرد دارای معلولیت با کارفرما
۶. آخرین فیش پرداختی بیمه و لیست صورت دستمزد فرد دارای معلولیت توسط کارفرما به بهزیستی شهرستان
۷. فرم تاییدیه کمیته اشتغال شهرستان (فرم شماره ۴)
۸. تصویر نتیجه آخرین کمیسیون پزشکی توانبخشی که دارای اعتبار زمانی باشد.

ماده ۶. مراحل پرداخت کمک هزینه ارتقای کارایی

۱. ارائه درخواست نیروی کار جدید در ازای دریافت کمک هزینه ارتقای کارایی منضم به مجوز فعالیت کارفرما یا کد شناسه یکتا. این فرم توسط کارفرما تکمیل و همراه با تصویر مجوز فعالیت تحویل کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان می گردد (فرم شماره ۱).
۲. اطلاع رسانی در مورد شرایط و مدارک مورد نیاز به کارفرما توسط کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان
۳. اعلام شرایط و مشخصات نیروهای مورد درخواست کارفرما به مددکاران توسط کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان
۴. شناسایی، ارزیابی اولیه و نیازسنجی فرد تحت پوشش توسط مددکار جهت معرفی به کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان
۵. اطلاع رسانی در مورد شرایط و مدارک مورد نیاز به فرد تحت پوشش توسط مددکار
۶. بازدید اولیه و تهیه گزارش از محل کسب و کار کارفرما توسط کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان به منظور تایید تطابق شرایط عمومی فرد تحت پوشش با محیط کار (فرم شماره ۲)
۷. معرفی متقاضی جدید تحت پوشش به کارفرما (فرم شماره ۳) از طریق نامه رسمی اداره بهزیستی شهرستان به کارفرما
۸. عقد قرارداد حداقل یکساله با افراد تحت پوشش به کارگیری شده توسط کارفرما و ارائه قرارداد به اداره بهزیستی شهرستان
۹. پرداخت حقوق و مزایای قانونی و بیمه مطابق قوانین و مقررات مربوط و ارسال آخرین لیست پرداخت حقوق فرد تحت پوشش توسط کارفرما به بهزیستی شهرستان
- تبصره: ارائه مستندات مربوط به پرداخت حق بیمه و صورت دستمزد توسط کارفرما به منزله اعلام کتبی به کارگیری افراد تحت پوشش بهزیستی می باشد.
۱۰. بررسی و تایید نهایی درخواست متقاضی و کارفرما در کمیته اشتغال شهرستان (فرم شماره ۴)
۱۱. ارائه مستندات به صورت حداکثر هر سه ماه یکبار توسط کارفرما به بهزیستی شهرستان به شرح زیر:
 - فیش پرداخت حق بیمه سهم کارفرما
 - لیست صورت دستمزد
۱۲. تنظیم و تایید اسناد مالی
۱۳. پرداخت کمک هزینه ارتقای کارایی به حساب کارفرما

۱۴. ثبت کمک هزینه ارتقای کارایی پرداخت شده در سامانه خدمات اشتغال بهزیستی
۱۵. ثبت اطلاعات افراد شاغل شده از طریق کمک هزینه ارتقای کارایی توسط کاربران در سامانه رصد اشتغال کشور (در صورتی که شغل متقاضی از نوع ایجادى باشد)
۱۶. نظارت حضوری از محل کسب و کار توسط کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان هر شش ماه یک بار (فرم شماره ۵)

ماده ۷. شرایط و نحوه محاسبه کمک هزینه ارتقای کارایی

- ۷-۱. بر اساس تبصره ۳ ماده ۲ آیین نامه اجرایی ماده ۱۲ قانون حمایت از حقوق معلولان، کمک هزینه ارتقای کارایی برای هر فرد دارای معلولیت شاغل در بخش مزدبگیری غیردولتی حداکثر تا پنج سال معادل ۶۰ ماه به صورت مستمر یا غیرمستمر، قابل پرداخت می‌باشد.
- تبصره ۱: کمک هزینه ارتقای کارایی به کارفرمایانی پرداخت می‌گردد که در قرارداد با فرد تحت پوشش، پرداخت حداقل حقوق و مزایای مشمول بیمه ماهیانه (شامل حق عائله، کمک هزینه خواربار و حق مسکن) مصوب شورای عالی کار در آن سال را رعایت نمایند.
- تبصره ۲: کمک هزینه ارتقای کارایی به قراردادهای پاره وقت مابین کارفرما و فرد تحت پوشش تعلق نمی‌گیرد.
- تبصره ۳: تاریخ انعقاد قرارداد کارفرما با فرد تحت پوشش بایستی از اول ماه شمسی باشد و کمک هزینه ارتقای کارایی برای کارکرد کمتر از یک ماه قابل پرداخت نمی‌باشد.
- ۷-۲. نحوه پرداخت کمک هزینه ارتقای کارایی افراد دارای معلولیت به کارفرمایان، بر اساس نظر کمیسیون پزشکی توانبخشی تعیین نوع و شدت معلولیت بهزیستی، به شرح زیر تعیین می‌گردد.
- لازم به ذکر است اعداد زیر بر اساس حداقل حقوق و مزایای مشمول بیمه ماهیانه (شامل حق عائله، کمک هزینه خواربار و حق مسکن) مصوب شورای عالی کار در سال ۱۴۰۳، برای ماه‌های ۳۰ روزه مبلغ ۹۹,۶۶۱,۸۴۰ ریال و برای ماه‌های ۳۱ روزه مبلغ ۱۰۲,۰۵۰,۵۶۸ ریال تعیین شده است.
- الف- فرد دارای معلولیت شاغل با شدت معلولیت خفیف: ۳۰ درصد حداقل حقوق ماهیانه مصوب شورای عالی کار که در سال ۱۴۰۳ برای هر نفر در ماه‌های ۳۰ روزه مبلغ ۲۹,۸۹۸,۵۵۲ ریال و در ماه‌های ۳۱ روزه مبلغ ۳۰,۶۱۵,۱۷۱ ریال می‌باشد.
- ب- فرد دارای معلولیت شاغل با شدت معلولیت متوسط: ۴۰ درصد حداقل حقوق ماهیانه مصوب شورای عالی کار که در سال ۱۴۰۳ برای هر نفر در ماه‌های ۳۰ روزه مبلغ ۳۹,۸۶۴,۷۳۶ ریال و در ماه‌های ۳۱ روزه مبلغ ۴۰,۸۲۰,۲۲۸ ریال می‌باشد.
- ج- فرد دارای معلولیت شاغل با شدت معلولیت شدید و خیلی شدید: ۵۰ درصد حداقل حقوق ماهیانه مصوب شورای عالی کار که در سال ۱۴۰۳ برای هر نفر در ماه‌های ۳۰ روزه مبلغ ۴۹,۸۳۰,۹۲۰ ریال و در ماه‌های ۳۱ روزه مبلغ ۵۱,۰۲۵,۲۸۴ ریال می‌باشد.
- تبصره ۱: مبالغ جدید مرتبط با حداقل حقوق مصوب، در ابتدای هر سال از طریق معاونت کارآفرینی و اشتغال مرکز اشتغال، کارآفرینی و توانمندسازی ابلاغ خواهد شد.

تبصره ۲: بهزیستی استان موظف است پس از هر مرحله از تخصیص اعتبار، ظرف مدت حداکثر یک ماه نسبت به واریز کمک هزینه ارتقای کارایی فرد دارای معلولیت به حساب کارفرما اقدام نماید.

۳-۷. هرگونه پرداخت منوط به تامین و تخصیص اعتبار توسط سازمان برنامه و بودجه کشور می‌باشد.

ماده ۸. وظایف

۸-۱. وظایف کارشناس اشتغال استان

- برنامه ریزی، سازماندهی و نظارت جهت ارتقای کمی و کیفی خدمات
- نیازسنجی جهت تامین بودجه مورد نیاز برای متقاضیان تثبیتی و ایجاد
- برنامه‌ریزی جهت توزیع منابع مالی بر اساس نیازسنجی و جذب آن در شهرستان‌های تحت پوشش
- ارائه گزارش هزینه‌کرد اعتبارات مطابق دستورالعمل حداکثر یک ماه پس از تخصیص هر مرحله از اعتبار به معاونت کارآفرینی و اشتغال کشور
- نظارت بر اجرای سیاست‌های ابلاغی بهزیستی کشور در خصوص انجام برنامه‌های مرتبط با خدمات اشتغال در شهرستان‌های استان.
- برنامه‌ریزی آموزشی جهت افزایش اطلاعات و آگاهی کارشناسان مجری طرح در سطح شهرستان‌های استان.
- نظارت بر تمامی مراحل فرایند قید شده در دستورالعمل‌های اجرایی در سطح شهرستان‌های استان (تکمیل فرم شماره شش)
- بررسی عملکرد خدمات ارائه شده در کمیته اشتغال استان
- جمع‌آوری آمار و اطلاعات شهرستان‌ها و تحلیل آن با هدف تنظیم گزارش تفصیلی ادواری و سالیانه از عملکرد استان

۸-۲. وظایف کارشناس اشتغال شهرستان

- جمع‌آوری اطلاعات در خصوص شناسایی افراد نیازمند کمک هزینه ارتقای کارایی با مشارکت مددکاران
- به روزرسانی اطلاعات افراد بهره‌مند از کمک هزینه ارتقای کارایی شامل اتمام پرداخت یارانه پس از پایان ۶۰ ماه، فوت‌شدگان، بازنشستگان، استخدام‌شدگان در بخش دولتی و افرادی که شغل خود را ترک نموده‌اند.
- بررسی امکان ارائه خدمت (میزان بودجه مورد نیاز) برای متقاضیان تثبیتی و ایجاد
- پیگیری بررسی و تایید نهایی درخواست متقاضی در کمیته اشتغال شهرستان و اطلاع‌رسانی به تاییدشدگان دریافت کمک هزینه ارتقای کارایی
- جمع‌آوری و ارائه مدارک مربوطه به واحد امور مالی جهت تنظیم اسناد مالی
- بازدید اولیه قبل از ارائه خدمت به فرد متقاضی
- نظارت حضوری از محل کسب و کار هر شش ماه یک بار تا دو سال با هدف اطمینان از شاغل بودن فرد بهره‌مند از کمک هزینه ارتقای کارایی
- نظارت بر فرایند پرداخت کمک هزینه ارتقای کارایی شامل اخذ روکش اسناد مالی و ...

- ثبت اطلاعات اشتغال ایجادى بهره‌مند از كمك هزىنه ارتقاى كارائى در سامانه خدمات اشتغال بهزىستى و ملى رصد اشتغال كشور

ماده ۹. اىن دستورالعمل در ۹ ماده و ۹ تبصره توسط معاونت كارآفرىنى و اشتغال سازمان بهزىستى تدوىن و در شورائى معاونىن سازمان تصوىب گرديء كه از تاريخ ابلاغ لازم الاجرا مى‌باشد.

ضمائم

شامل:

- فرم شماره یک: درخواست نیرو از بهزیستی توسط کارفرمایان
- فرم شماره دو: بازدید اولیه از کارگاه محل اشتغال افراد تحت پوشش دریافت کننده ارتقای کارایی معلولان
- فرم شماره سه: معرفی نامه نیروی کار به کارفرمای متقاضی استفاده از یارانه ارتقای کارایی معلولان
- فرم شماره چهار: صورتجلسه کمیته اشتغال شهرستان
- فرم شماره پنج: بازدید شش ماه پس از اشتغال از کارگاه محل کار افراد تحت پوشش دریافت کننده ارتقای کارایی معلولان
- فرم نظارت بر فرایند پرداخت یارانه بیمه سهم خویش فرمایی توسط استان از شهرستان

شماره
تاریخ

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

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

فرم شماره یک
"درخواست نیرو از بهزیستی توسط کارفرما"

جناب آقای / خانم
ریاست محترم اداره بهزیستی شهرستان

با سلام و احترام،

اینجانب فرزند دارای کدملی
مدیرعامل/رئیس/مالک شرکت/کارفرما ، درخواست به کارگیری تعداد نفر نیرو از
افراد تحت پوشش بهزیستی با شرایط مندرج در جدول زیر در ازای دریافت کمک هزینه ارتقای کارایی معلولان
را دارم. خواهشمند است دستور فرمایید پس از بررسی اقدام لازم معمول و نتیجه اعلام گردد.

ردیف	جنس		محدوده سنی (مثلا ۲۰ تا ۳۰ سال)	نوع معلولیت	شدت معلولیت	تحصیلات	شغل پیشنهادی	وضعیت تخصصی و مهارت فرد جویای کار
	مرد	زن						

نام و نام خانوادگی کارفرما
مهر، امضاء و تاریخ

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

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

فرم شماره دو

"بازدید اولیه از کارگاه محل اشتغال افراد تحت پوشش در ازای دریافت کمک هزینه ارتقای کارایی معلولان"

تاریخ بازدید:

آدرس و تلفن کارگاه:

نام و نام خانوادگی کارفرما:

عنوان شغل:

کد بیمه کارگاه:

شماره پروانه فعالیت:

وضعیت کارگاه: فعال ☐ غیرفعال ☐

مجاز با نوع فعالیت مطابقت دارد؟ بله ☐ خیر ☐

معیارهای شرایط محیط کار	بله	خیر	راهنما
*نوع شغل با توانایی جسمی و روانی فرد تحت پوشش تناسب دارد؟	☐	☐	حتما بایستی "بله" باشد
*شغل مورد نظر ایمنی لازم برای افراد تحت پوشش دارد؟	☐	☐	حتما بایستی "بله" باشد
*میزان ساعت کاری در یک روز مناسب شرایط جسمی و روانی فرد تحت پوشش می باشد؟	☐	☐	حتما بایستی "بله" باشد
*میزان دستمزد پرداختی در یک ماه مکفی می باشد؟	☐	☐	حتما بایستی "بله" باشد
نیاز به مناسب سازی محل کار دارد؟	☐	☐	
سرویس ایاب و ذهاب دارد؟	☐	☐	

توضیحات کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان:

نتیجه بازدید: شغل مورد نظر مناسب با شرایط فرد تحت پوشش معرفی شده می باشد ☐ نمی باشد ☐

تصمیم کارشناسی: در صورت تایید: ارجاع پرونده به کمیته اشتغال ؛ در صورت عدم تایید: ارجاع فرد به سایر خدمات اشتغال

نام و نام خانوادگی کارشناس اشتغال بهزیستی

امضاء و تاریخ

شماره

تاریخ

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

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

فرم شماره سه

معرفی نامه نیروی کار به کارفرمای متقاضی استفاده از کمک هزینه ارتقای کارایی معلولان

جناب آقای / خانم

مدیرعامل / رئیس / کارفرمای محترم

با سلام و احترام،

پاسخ به درخواست شماره مورخ مبنی بر به کارگیری نفر نیروی کار از بهزیستی در ازای بهره‌مندی از کمک هزینه ارتقای کارایی معلولان و به استناد تأییدیه کمیته اشتغال شهرستان بدینوسیله آقای/خانم فرزند با کدملی با تحصیلات نوع و شدت معلولیت برای تصدی شغل معرفی می‌گردد. خواهشمند است همکاری لازم را مبذول فرمایید.

نام و نام خانوادگی رئیس اداره بهزیستی شهرستان

امضاء و تاریخ

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

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

فرم شماره چهار

"صورتح جلسه کمیته اشتغال شهرستان"

کمیته اشتغال شهرستان در تاریخ / / با حضور اعضا جهت بررسی و اعلام نظر درخواست شماره مورخ / / با موضوع استفاده از کمک هزینه ارتقای کارایی معلولان تشکیل و تصمیم زیر اتخاذ گردید.

نام و نام خانوادگی کارفرمای متقاضی: کدملی:

آدرس کارگاه: شماره تماس کارفرما:

تعداد نیروی به کارگیری شده:

ردیف	مدارک مورد نیاز	وضعیت مدارک
۱	پرینت استعلام اطلاعات متقاضی مبنی بر تحت پوشش بودن فرد به کارگماری شده	دارد
۲	فرم درخواست نیروی کار در ازای کمک هزینه ارتقای کارایی معلولان (فرم شماره ۱)	ندارد
۳	تصویر مجوز فعالیت (پروانه کسب و یا پروانه فعالیت مرکز) یا کد شناسه یکتا	دارد
۴	فرم بازدید از کارگاه (فرم شماره ۲)	ندارد
۵	تصویر قرارداد یک ساله فرد تحت پوشش با کارفرما	دارد
۶	تصویر آخرین فیش پرداختی بیمه	ندارد
۷	تصویر نتیجه آخرین کمیسیون پزشکی که دارای اعتبار زمانی باشد.	دارد

با درخواست کارفرما موافقت نگردید ☐ موافقت گردید ☐

در صورت موافقت: شرایط و مدارک ارائه شده توسط کارفرما مورد تایید نهایی اعضای کمیته اشتغال جهت پرداخت کمک هزینه ارتقای کارایی با پرداخت ماهیانه ۳۰ یا ۴۰ یا ۵۰ درصد حداقل دستمزد مصوب قانون کار به آقا/خانم با نوع معلولیت و شدت معلولیت با مبلغ ماهیانه (به حروف) ریال جهت پرداخت به کارفرما آقا/خانم می باشد.

سال	سال اول (۱۴.....)	سال دوم (۱۴.....)	سال سوم (۱۴.....)	سال چهارم (۱۴.....)	سال پنجم (۱۴.....)
تعداد ماه پرداخت شده					

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ

رئیس اداره بهزیستی شهرستان

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ

کارشناس سلامت اجتماعی

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ

تسهیلگر شغلی / مددکار پرونده

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ

کارشناس توانبخشی

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ

رابط بازرسی

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ

کارشناس اشتغال

نام و نام خانوادگی، امضاء و تاریخ

رابط حراست

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

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

فرم شماره پنج (این فرم صرفاً برای خدمت‌گیرندگان ارتقای کارایی معلولان تکمیل می‌گردد)

"بازدید شش ماهه پس از اشتغال به کار افراد تحت پوشش از محل کسب و کار کارفرما"

نام و نام خانوادگی کارفرما: وضعیت کارگاه در هنگام بازدید: فعال است ☐ غیرفعال است ☐

آدرس و تلفن محل کسب و کار:

تعداد کل شاغلین تحت پوشش در کارگاه:

آیا حقوق ماهیانه فرد/افراد تحت پوشش مطابق با حداقل حقوق مصوب شورای عالی کار توسط کارفرما پرداخت شده است؟

بله ☐ خیر ☐

آیا فرد تحت پوشش معرفی شده همچنان مشغول به کار است؟ بله ☐ خیر ☐ در صورت خیر، تاریخ ترک شغل: / /

علل ترک شغل:

نارضایتی کارفرما: از کیفیت کار فرد ☐ از اخلاق و رفتار فرد ☐ از حضور و غیاب فرد ☐ سایر با ذکر عنوان:

نارضایتی فرد تحت پوشش: مشکلات جسمی و خانوادگی ☐ سختی کار ☐ دوری راه ☐ اخلاق و رفتار نامناسب کارفرما ☐

سایر با ذکر عنوان:

مشخصات افراد شاغل تحت پوشش بهزیستی در محل کسب و کار

نام و نام خانوادگی فرد تحت پوشش	درصد پرداخت کمک هزینه به میزان ۵۰/۴۰/۳۰ درصد)	تاریخ شروع به کار	میزان حقوق ماهیانه پرداختی توسط کارفرما به فرد (به ریال)	میزان کمک هزینه ارتقای کارایی پرداختی بهزیستی (به ریال)	تعداد ماه‌های پرداخت حقوق در سال جاری توسط کارفرما به فرد تحت پوشش	تعداد ماه‌های پرداخت کمک هزینه ارتقای کارایی در سال جاری توسط بهزیستی

نتیجه بازدید: شرایط فرد/ افراد تحت پوشش معرفی شده، نامناسب ☐ تا حدی مناسب ☐ مناسب ☐ می‌باشد.

تصمیم کارشناسی: نامناسب: قطع همکاری؛ تا حدی مناسب: بررسی علل مشکلات و حل مسئله؛ مناسب: ادامه کار

نام و نام خانوادگی تسهیلگر شغلی / کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان

امضاء و تاریخ

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

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

فرم نظارت بر فرایند پرداخت کمک هزینه ارتقای کارایی معلولان توسط استان از شهرستان

تعداد افراد بهره‌مند شده		میزان اعتبار هزینه شده (به میلیون ریال)	میزان اعتبار تخصیص یافته به شهرستان (به میلیون ریال)
جدید (نفر)	تثبیتی (نفر)		

چک لیست نظارت بر پرداخت کمک هزینه ارتقای کارایی معلولان

ردیف	سوال	بلی	خیر	توضیحات
۱	آیا سقف درصد پرداخت متناسب با شدت معلولیت افراد تحت پوشش است؟			
۲	آیا افراد معرفی شده، تحت پوشش و در سامانه مددجویی ثبت می باشند؟			
۳	آیا افراد تحت پوشش بهره‌مند مشغول به کار هستند؟			
۴	آیا حق بیمه از سوی کارفرما پرداخت گردیده است؟			
۵	آیا افراد معرفی شده دارای قرارداد یکساله با کارفرما می باشند؟			
۶	آیا سقف ۶۰ ماه پرداختی برای کلیه معلولان رعایت شده است؟			
۷	آیا اعضاء کمیته اشتغال دارای ابلاغ هستند؟			
۸	آیا درخواست کارفرمایان بهره‌مند دارای تاییدیه کمیته اشتغال می باشد؟			
۹	آیا اعتبارات تخصیصی به شهرستان بطور کامل در زمان تعیین شده هزینه گردیده است؟			
۱۰	آیا گزارش بازدید توسط مددکار و کارشناس اشتغال شهرستان موجود می باشد؟			
۱۱	آیا پرداخت کمک هزینه ارتقای کارایی معلولان در سامانه مددجویی فرد بیمه شده ثبت گردیده است؟			
۱۲	آیا مشاغل ایجاد شده جدید در سالجاری در سامانه ملی رصد اشتغال ثبت گردیده است؟			
۱۳	آیا در بازه زمانی تعیین شده، گزارش هزینه کرد اعتبارات به استان ارسال گردیده است؟			

فصل پنجم

دستورالعمل نحوه هزینه کرد اعتبار ردیف بودجه
افراد تحت پوشش دریافت کننده سرمایه کار

بر اساس دستورالعمل جامع حمایت‌های مالی سازمان بهزیستی کشور ابلاغ شده در تاریخ ۱۴۰۱/۱/۲۳ به شماره ۹۰۰/۱۴۰۱/۶۷۴۷ توسط ریاست محترم سازمان، این شیوه‌نامه به شرح زیر تدوین گردیده است:

ماده ۱. تعریف مفاهیم و واژه‌ها

در این دستورالعمل اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می‌روند.
سرمایه کار: کمک هزینه‌ای بلاعوض در راستای تهیه ابزار، مواد اولیه، سرمایه اولیه و سایر ملزومات کسب و کار می‌باشد.

ماده ۲. مشمولین واجد شرایط دریافت سرمایه کار

تمامی بانوان و دختران تحت پوشش بهزیستی نظیر دختران و بانوان سرپرست خانوار و دختران خودسرپرست اعم از فرزند دختر انتقال یافته به زندگی مستقل که قصد راه‌اندازی، تکمیل و یا توسعه خوداشتغالی در قالب شغل خانگی یا غیرخانگی نظیر کارگاه‌های کسب و کار شخصی و ... را به صورت فردی و گروهی داشته باشند.
تبصره: اعضای موثر خانواده بانوان سرپرست خانوار غیرقابل بازتوان مشمول دریافت سرمایه کار بلاعوض نمی‌باشند.

ماده ۳. اولویت‌بندی گروه هدف واجد شرایط پرداخت سرمایه کار

کمیته اشتغال شهرستان می‌بایست به ترتیب بر اساس معیارهای زیر اولویت بهره‌مندان را تعیین - نماید.

۱. دهک خانوار
۲. بانوان سرپرست خانوار فاقد ضامن
۳. گروه‌های همیار بانوان سرپرست خانوار
۴. داشتن معلولیت در خود فرد
۵. والدین دارای فرزندان سه قلو و بیشتر
۶. بعد خانوار
۷. وجود عضو دارای معلولیت در خانواده
۸. اشتغال‌های جدید (ایجاد)
۹. مشاغل خانگی
۱۰. سکونت در مناطق محروم و کم برخوردار
۱۱. مشمولین در سنین پایین‌تر

ماده ۴. شرایط بهره‌مندی از سرمایه کار

۱. تحت پوشش بهزیستی و دارای وضعیت فعال در سامانه مددجویی بهزیستی

۲. سن بین ۱۸ تا ۵۵ سال
۳. عدم دریافت سرمایه کار بلاعوض در پنج سال گذشته
۴. دارا بودن شرایط جسمی و روانی متناسب با شغل مربوطه
۵. مراجعه حضوری و رویت متقاضی در زمان ارائه درخواست کتبی

ماده ۵. مدارک مورد نیاز جهت پرداخت سرمایه کار

۱. پرینت استعلام تحت پوشش بودن و فعال بودن وضعیت فرد در سامانه بهزیستی
۲. تصویر مدارک هویتی متقاضی شامل صفحه اول و دوم شناسنامه و کارت ملی متقاضی که با اصل مدارک مطابقت داده شده باشد.
۳. شناسه یکتا یا مجوز فعالیت (پروانه کسب یا پروانه فعالیت مرکز) و یا مدارک تاییدکننده شایستگی مهارتی (مدرک مهارتی معتبر یا مدرک دیپلم یا دانشگاهی مرتبط)
۴. فرم درخواست کتبی متقاضی (فرم شماره ۱)
۵. فرم بازدید اولیه مددکاری توسط مددکار شهرستان
۶. فرم طرح کسب و کار پیشنهادی متقاضی (فرم شماره ۲)
۷. فرم اهلیت‌سنجی متقاضی و بررسی شرایط محیط کار توسط کارشناس اشتغال برای مشاغل وابسته به مکان (فرم شماره ۳)
۸. صورتجلسه کمیته اشتغال بهزیستی شهرستان

ماده ۶. مراحل پرداخت سرمایه کار

۱. شناسایی و انجام مصاحبه اولیه شامل ارزیابی اولیه و نیازسنجی افراد جدید تحت پوشش واجد شرایط دریافت سرمایه کار بلاعوض توسط مددکاران
۲. اطلاع‌رسانی در مورد شرایط و مدارک مورد نیاز به افراد تحت پوشش واجد شرایط توسط مددکار
۳. تکمیل فرم درخواست، توسط بانوی سرپرست خانوار/ دختران خود سرپرست و سرپرست خانوار
۴. ارائه مدارک به مددکار توسط متقاضی تحت پوشش با هدف تشکیل پرونده اولیه
۵. تایید احراز شرایط متقاضی توسط کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان از طریق بررسی مدارک و شرایط عمومی و اختصاصی متقاضی و بررسی امکان ارائه خدمت (میزان بودجه مورد نیاز)
۶. اهلیت‌سنجی متقاضی قبل از شروع کسب و کار از طریق بررسی طرح شغلی پیشنهادی متقاضی و تهیه گزارش از شرایط و مکان شغل وی توسط کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان
۷. تایید نهایی مدارک متقاضی و موافقت با پرداخت در کمیته اشتغال شهرستان
۸. اطلاع‌رسانی به تاییدشدگان توسط کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان
۹. ثبت اطلاعات افراد بهره‌مند در سامانه مددجویی بهزیستی
۱۰. ثبت اطلاعات دریافت‌کننده سرمایه کار توسط کاربران در سامانه رصد اشتغال کشور (در صورتی که شغل متقاضی از نوع ایجاد (جدید) باشد)

۱۱. ارائه گزارش هزینه کرد اعتبارات مربوطه به بهزیستی کشور حداکثر دو ماه پس از تخصیص هر مرحله از اعتبار

ماده ۷. شرایط پرداخت

- ۷-۱. به منظور راه اندازی، تکمیل و توسعه کسب و کار پایدار، پرداخت سرمایه کار مطابق سقف تعیین شده در دستورالعمل جامع حمایت های مالی سازمان مجاز می باشد.
- ۷-۲. سرمایه کار بلاعوض می بایست صرف هزینه های اشتغالزایی از قبیل سرمایه کار، خرید مواد اولیه و مصرفی، خرید ابزار و تجهیزات و ... گردد.
- ۷-۳. پرداخت سرمایه کار بلاعوض به هر فرد حداقل هر پنج سال یک بار و نهایتاً تا دو بار قابل پرداخت می باشد.
- ۷-۴. پرداخت تسهیلات خوداشتغالی به فردی که در یک سال مالی ابتدا سرمایه کار بلاعوض دریافت نموده با هدف تکمیل و توسعه کسب و کار، مجاز می باشد.
- ۷-۵. پرداخت سرمایه کار بلاعوض به فردی که در یک سال مالی ابتدا تسهیلات خوداشتغالی دریافت نموده، مجاز نمی باشد.
- ۷-۶. سرانه سالیانه برای هر فرد واجد شرایط جهت پرداخت سرمایه کار بلاعوض در سال ۱۴۰۳ به میزان حداقل ۱۵۰ و حداکثر ۳۰۰ میلیون ریال بوده که پس از تنظیم و تایید سند مالی به حساب وی قابل پرداخت می باشد.

ماده ۸. نظارت

- ۸-۱. نظارت بر فعالیت مذکور تابع سطوح نظارتی حاکم بر خدمات اشتغال در بهزیستی شامل نظارت سطح اول توسط مددکاران، نظارت سطح دوم توسط تسهیلاتگران شغلی، نظارت سطح سوم توسط کارشناس اشتغال شهرستان، نظارت سطح چهارم توسط کارشناسان اشتغال استان و نظارت سطح پنجم توسط کارشناسان معاونت کارآفرینی و اشتغال کشور می باشد.
- ۸-۲. نظارت حضوری از محل کسب و کار توسط مددکار و تسهیلاتگر شغلی تا شش ماه پس از دریافت وام و کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان در صورت مشاهده یا دریافت گزارش بروز مشکل انجام می گیرد.
- ۸-۳. نظارت بر تمام فرایند فوق توسط معاون اشتغال، کارآفرینی و توانمندسازی، معاون سلامت اجتماعی، کارشناس اشتغال و کارشناس سلامت اجتماعی مربوطه ستاد استان در سطح استان و اعضای کمیته اشتغال به ویژه رئیس بهزیستی شهرستان، کارشناس اشتغال و کارشناس سلامت اجتماعی در سطح شهرستان می باشد.
- ۸-۴. مدیریت نظارت بر حسن اجرای هزینه کرد اعتبارات برعهده مدیر کل استان می باشد.

ماده ۹. این دستورالعمل در ۹ ماده و ۱ تبصره توسط معاونت کارآفرینی و اشتغال سازمان بهزیستی تدوین و در شورای معاونین سازمان تصویب گردید که از تاریخ ابلاغ لازم الاجرا می باشد.

ضمائم

فرم‌های مورد نیاز

فرم شماره یک: درخواست سرمایه کار بلاعوض خوداشتغالی

فرم شماره دو: طرح کسب و کار پیشنهادی جهت دریافت سرمایه کار بلاعوض خوداشتغالی

فرم شماره سه: گزارش اهلیت‌سنجی متقاضی قبل از بهره‌مندی از سرمایه کار بلاعوض خوداشتغالی

فرم نظارت بر فرایند پرداخت سرمایه کار توسط استان از شهرستان

شماره
تاریخ

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

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

فرم شماره یک
"درخواست سرمایه کار بلاعوض خوداشتغالی"

جناب آقای / سرکار خانم
ریاست محترم اداره بهزیستی شهرستان

با سلام و احترام،

اینجانب فرزند متولد: / / با کدملی جهت اشتغال در رشته
..... متقاضی استفاده از سرمایه کار بلاعوض خوداشتغالی می باشم. خواهشمند است دستور
فرمایید اقدام لازم صورت پذیرد.

آدرس محل اجرای طرح:

شماره تلفن ثابت و همراه:

نام و نام خانوادگی متقاضی

امضاء، اثر انگشت و تاریخ

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

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

فرم شماره دو

" طرح کسب و کار پیشنهادی جهت دریافت سرمایه کار بلاعوض خوداشتغالی "

اطلاعات اولیه کسب و کار	
نام و نام خانوادگی متقاضی:	کد ملی: / /
تاریخ تولد:	میزان تحصیلات:
وضعیت شغل فعلی: شاغل (خوداشتغال) ☐ بیکار ☐	
میزان آگاهی از کسب و کار پیشنهادی: اصلاً آگاهی ندارم ☐ کم ☐ متوسط ☐ زیاد ☐	
میزان مهارت در کسب و کار پیشنهادی: اصلاً مهارت ندارم ☐ کم ☐ متوسط ☐ زیاد ☐	
میزان تجربه در این کسب و کار: اصلاً تجربه ندارم ☐ زیر شش ماه ☐ بین شش ماه تا یکسال ☐ بالای یکسال ☐	
آدرس محل کار:	تلفن محل کار:
مالکیت مکان کسب و کار: متعلق به خودم ☐ اجاره ☐ رهن ☐ والدین/خانواده ☐ دیگران ☐	
مالکیت ابزار و تجهیزات: متعلق به خودم ☐ اجاره ☐ رهن ☐ والدین/خانواده ☐ دیگران ☐	
میزان سرمایه ثابت و در گردش که در حال حاضر دارید چقدر است؟ ریال	
اطلاعات مرتبط با سرمایه کار یا وام	
عنوان کسب و کار پیشنهادی:	
نوع اشتغال: انفرادی ☐ گروهی ☐ در صورت گروهی، چند نفر در این کسب و کار مشغول خواهند شد؟	
میزان سرمایه کار مورد نیاز شما چقدر است؟	
هدف از درخواست سرمایه کار: راه اندازی کسب و کار جدید ☐ توسعه کسب و کار قبلی ☐ تکمیل کسب و کار قبلی ☐	
آیا تاکنون برای کسب و کار خود وام دریافت کرده‌اید؟ اگر بلی چه نوع وامی؟ ☐ بانکی ☐ صندوق‌های قرض الحسنه ☐ نهادهای حمایتی ☐ اقوام مبلغ: ریال	
آیا تاکنون در پرداخت اقساط وام دریافتی دچار مشکل شده‌اید؟ بله ☐ خیر ☐	
جزئیات کسب و کار	
می‌خواهید چه محصولی را تولید کنید یا چه خدماتی را ارائه دهید؟	
چه کسی محصولات تولیدی شما را می‌فروشد؟	
ویژگی خاص و مزیت محصول یا خدمتی که می‌خواهید به مشتری ارائه کنید، چیست؟	
چطور مردم با محصول یا خدمت شما آشنا و مطلع می‌شوند؟	
مشتریان محصول یا خدمات شما چه کسانی هستند؟	

رقبای کاری شما برای تولید این محصول یا خدمت چه کسانی هستند؟			
از کجا مواد اولیه خود را تهیه می کنید؟			
چگونه محصولات یا خدمات خود را قیمت گذاری خواهید کرد؟			
درآمد پیش بینی شده شما (چه روزانه، هفتگی یا ماهیانه) در شروع کسب و کار چقدر است؟			
سود مورد انتظار شما (چه روزانه، هفتگی یا ماهیانه) چقدر است؟ سود با کسر هزینه های بعد از فروش تعیین می شود.			
برآورد کل هزینه مورد نیاز برای راه اندازی / توسعه / تکمیل کسب و کار			
عنوان	برآورد کل هزینه مورد نیاز (ریال)	میزان سهم آورده فرد (ریال)	مبلغ مورد نیاز از محل سرمایه کار (ریال)
اجاره مکان کار			
خرید مواد اولیه و مصرفی			
خرید ابزار و تجهیزات مورد نیاز			
آب، گاز، برق، تلفن			
عوارض، مالیات			
ساخت و ساز			
آموزش			
بازاریابی و تبلیغات			
دریافت مجوز			
سایر هزینه ها			
جمع کل هزینه ها			*
نکته ۱: در قسمت فوق نیاز به ثبت هزینه های انجام شده تاکنون نمی باشد و صرفا هزینه مورد نیاز نوشته شود. نکته ۲: علامت * میزان مبلغ مورد درخواست متقاضی متناسب با سقف سرمایه کار قابل پرداخت توسط بهزیستی در هر سال می باشد. اینجانب متقاضی سرمایه کار بلاعوض خوداشتغالی، درستی مطالب فوق را تایید می نمایم. امضاء، اثر انگشت و تاریخ			

سازمان بهزیستی کشور
مرکز توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی
معاونت کارآفرینی و اشتغال

اداره کل بهزیستی استان اداره بهزیستی شهرستان

فرم شماره سه

گزارش اهلیت سنجی متقاضی قبل از بهره‌مندی از سرمایه کار بلاعوض خوداشتغالی

نام و نام خانوادگی متقاضی: عنوان شغل: تاریخ تکمیل:
آدرس و تلفن محل کار:

میزان آگاهی فرد تحت پوشش نسبت به شغل مورد علاقه چقدر است؟	فاقد آگاهی ☐	آگاهی کم ☐	متوسط ☐	زیاد ☐
میزان مهارت فرد تحت پوشش نسبت به شغل مورد علاقه چقدر است؟	فاقد مهارت ☐	مهارت کم ☐	متوسط ☐	زیاد ☐
میزان تجربه فرد تحت پوشش نسبت به شغل مورد علاقه چقدر است؟	فاقد تجربه ☐	زیر شش ماه ☐	بین شش ماه تا یک سال ☐	بیش از یکسال ☐
آیا گواهی تحصیلی مرتبط با اشتغال دارد؟	بله ☐	خیر ☐		
آیا تحصیلات فرد با شغل تناسب دارد؟	بله ☐	خیر ☐		
آیا گواهی مهارتی معتبر دارد؟	بله ☐	خیر ☐		
آیا مدرک مهارتی فرد با شغل تناسب دارد؟	بله ☐	خیر ☐		
آیا طرح شغلی پیشنهادی مورد تایید است؟	بله ☐	خیر ☐		
آیا پروانه کسب معتبر دارد؟	بله ☐	خیر ☐		
آیا مجوز کسب با نوع فعالیت مطابقت دارد؟	بله ☐	خیر ☐		

شماره پروانه فعالیت: تاریخ صدور پروانه فعالیت:

وضعیت کسب و کار: راه‌اندازی بعد از دریافت وام ☐؛ در حال تکمیل و آماده‌سازی ☐؛ فعال و نیاز به توسعه دارد ☐

شرایط محیط کار

آیا مکان مناسب برای راه‌اندازی کسب و کار دارد؟ (در صورت نیاز)	بله ☐	خیر ☐
آیا طرح پیشنهادی ایمنی شغلی برای فرد تحت پوشش دارد؟	بله ☐	خیر ☐
آیا نوع شغل با توانایی جسمی و روانی فرد تحت پوشش تناسب دارد؟	بله ☐	خیر ☐
آیا سن فرد با شغل تناسب دارد؟	بله ☐	خیر ☐
آیا مکان کار نیاز به مناسب سازی دارد؟	بله ☐	خیر ☐

توضیحات تکمیلی:

نتیجه بازدید: شرایط فرد تحت پوشش برای دریافت سرمایه کار بلاعوض خوداشتغالی مورد تایید می‌باشد ☐ نمی‌باشد ☐

تصمیم کارشناسی: در صورت تایید: ارجاع پرونده به کمیته اشتغال ؛ در صورت عدم تایید: ارجاع فرد به سایر خدمات اشتغال

نام و نام خانوادگی کارشناس اشتغال شهرستان

امضاء و تاریخ

فرم نظارت بر فرایند پرداخت سرمایه کار توسط استان از شهرستان

میزان اعتبار تخصیص یافته به شهرستان (به میلیون ریال)	میزان اعتبار هزینه شده (به میلیون ریال)	تعداد افراد بهره‌مند (نفر)

چک لیست نظارت بر پرداخت سرمایه کار

ردیف	سوال	بلی	خیر	توضیحات
۱	آیا افراد معرفی شده، تحت پوشش و در سامانه مددجویی ثبت می باشند؟			
۲	آیا افراد تحت پوشش بهره‌مند مشغول به کار هستند؟			
۳	آیا شرط سنی ۱۸ تا ۵۵ سال برای افراد بهره‌مند رعایت شده است؟			
۴	آیا شرط پرداخت هر ۵ سال یک بار به هر فرد رعایت شده است؟			
۵	آیا اعضاء کمیته اشتغال دارای ابلاغ هستند؟			
۶	آیا درخواست افراد بهره‌مند دارای تاییدیه کمیته اشتغال می باشد؟			
۷	آیا اعتبارات تخصیصی به شهرستان بطور کامل در زمان مقرر هزینه گردیده است؟			
۸	آیا گزارش بازدید توسط مددکار و کارشناس اشتغال شهرستان موجود می باشد؟			
۹	آیا پرداخت سرمایه کار در سامانه مددجویی فرد بیمه شده ثبت گردیده است؟			
۱۰	آیا مشاغل ایجاد شده جدید در سالیاری در سامانه ملی رصد اشتغال ثبت گردیده است؟			
۱۱	آیا در بازه زمانی تعیین شده، گزارش هزینه کرد اعتبارات به استان ارسال گردیده است؟			

فصل ششم

نحوه هزینه کرد اعتبارات ردیف بودجه
کمک هزینه آماده‌سازی شغلی و حرفه‌آموزی
افراد واجد شرایط تحت پوشش

این شیوه نامه به منظور ارائه کمک هزینه مهارت آموزی شغلی افراد تحت پوشش بهزیستی به شرح زیر تدوین گردیده است.

ماده ۱. مشمولین دریافت کمک هزینه آماده سازی شغلی

تمامی افراد واجد شرایط آموزش حرفه ای و مهارت آموزی شامل افراد تحت پوشش معاونت سلامت اجتماعی و افراد دارای معلولیت قابل توانمندسازی

ماده ۲. شرایط بهره مندی

- تحت پوشش بهزیستی و دارای وضعیت فعال در سامانه مددجویی بهزیستی
- سن بین ۱۸ تا ۵۵ سال
- دارا بودن شرایط جسمی و روانی متناسب با مهارت مورد نظر
- مراجعه حضوری و رویت متقاضی در زمان ارائه درخواست کتبی

ماده ۳. اولویت بندی گروه هدف مشمول

کمیته اشتغال شهرستان می بایست به ترتیب بر اساس معیارهای زیر اولویت بهره مندان را تعیین نماید.

۱. دهک درآمدي خانوار (یک تا پنج)
۲. اشتغال های جدید (ایجاد)
۳. مشاغل خانگی
۴. زنان سرپرست خانوار
۵. والدین دارای فرزندان سه قلو و بیشتر
۶. بعد خانوار
۷. وجود عضو دارای معلولیت در خانواده
۸. سکونت در مناطق محروم و کم برخوردار
۹. متقاضیان در سنین پایین تر

ماده ۴. شرایط پرداخت

۴-۱. به منظور تامین بخشی از هزینه مهارت و حرفه آموزی گروه هدف توسط بهزیستی، پرداخت مطابق سقف تعیین شده در دستورالعمل جامع حمایت های مالی سازمان مجاز می باشد.

۴-۲. هزینه کرد مهارت و حرفه آموزی می‌بایست فقط جهت هزینه‌های آموزشی اشتغالزایی از قبیل هزینه‌های مرتبط به ثبت نام در مراکز مهارت‌آموزی و حرفه‌آموزی، خرید لوازم آموزشی، ایاب و ذهاب و هزینه مربی گردد.

۴-۳. کمک هزینه مهارت و حرفه آموزی به هر فرد فقط یک بار قابل پرداخت می‌باشد.

۴-۴. سرانه سالیانه برای هر فرد واجد شرایط جهت پرداخت هزینه آماده‌سازی شغلی در سال ۱۴۰۳ به میزان ۵۰ میلیون ریال (معادل پنج میلیون تومان) بوده که پس از تنظیم و تایید اسناد مالی قابل پرداخت می‌باشد.

ماده ۵. مراحل پرداخت

۱. شناسایی، ارزیابی اولیه و نیازسنجی افراد جدید تحت پوشش واجد شرایط دریافت آموزش مهارت های حرفه ای توسط مددکاران

۲. ارائه فرم درخواست آموزش مهارت شغلی در مراکز آموزشی

۳. ارائه مدارک به مددکار توسط متقاضی تحت پوشش جهت تشکیل پرونده شامل طرح شغلی

۴. تایید شرایط متقاضی توسط کارشناس اشتغال بهزیستی شهرستان از طریق بررسی مدارک و بررسی امکان ارائه خدمت (میزان بودجه مورد نیاز)

۵. معرفی به آموزشگاه‌های حرفه‌آموزی مورد نظر

۶. پرداخت هزینه توسط متقاضی به مراکز آموزشی

۷. ارائه فاکتور یا مدرک مهارت‌آموزی به تاریخ همان سال به کارشناس اشتغال شهرستان جهت تنظیم سند پرداختی

ماده ۶. این دستورالعمل در ۶ ماده توسط معاونت کارآفرینی و اشتغال سازمان بهزیستی تدوین و در شورای معاونین سازمان تصویب گردید که از تاریخ ابلاغ لازم الاجرا می‌باشد.

فصل هفتم

معافیت مالیاتی کارفرمایان

بر اساس ماده ۲۴ قانون حمایت از حقوق افراد دارای معلولیت

در راستای اجرایی نمودن ماده ۲۴ قانون حمایت از حقوق افراد دارای معلولیت تحت پوشش واجد شرایط عمومی و اختصاصی از طریق اعمال معافیت مالیاتی، این فصل از دستورالعمل تدوین گردید.

ماده ۱. تعریف مفاهیم و واژه‌ها

در این دستورالعمل اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می‌روند.

ماده ۲۴ قانون حمایت از حقوق معلولان: ۱۰۰ درصد هزینه‌های اشخاص حقیقی و حقوقی در جهت احداث و تجهیز، توسعه و مناسب‌سازی تمامی مراکز توانبخشی، نگهداری و مراقبتی، حرفه‌آموزی، آموزشی، کارآفرینی، رفاهی و مسکن مورد نیاز افراد دارای معلولیت با تأیید سازمان به عنوان هزینه قابل قبول مالیاتی محسوب می‌شوند.

هزینه‌های قابل قبول مالیاتی: در قانون مالیات مستقیم ماده ۱۴۷، چنین بیان شده است که هزینه‌های قابل قبول شامل هزینه‌های قانونی مشخصی می‌شوند که در طول مدت یکسال، توسط مودیان به منظور کسب درآمد بیشتر، پرداخت شده یا تخصیص داده شوند.

برای این که بتوانیم برخی از هزینه‌ها را از جمع صورت مالی سالانه کسر کنیم، لازم است این هزینه‌ها از برخی شرایط خاص برخوردار باشند. اولین شرط در خصوص هزینه‌های قابل قبول مالیاتی، این است که هزینه باید در زمره هزینه‌هایی باشد که در قانون به آن اشاره گردیده است. دومین شرط نیز این است که هزینه انجام شده باید مربوط به تحصیل درآمد توسط مودی باشد. از این رو باید بیان کنیم که هزینه‌های مالیاتی قابل قبول، تنها هزینه‌هایی هستند که با درآمد مرتبط باشند.

لیست هزینه‌های قابل قبول مالیاتی ماده ۱۴۷ و ۱۴۸

۱. هزینه‌های مربوط به بازاریابی، تبلیغات، انجام خدمات تحقیقاتی، تبلیغات نمایشگاهی، خدمات آموزشی و موارد دیگر.
۲. هزینه‌های مربوط به خرید کالاهای فروخته شده
۳. هزینه‌های مربوط به استخدام و خدمات کارکنان که شامل حقوق یا مزد، مزایای غیرمستمر اعم از نقدی و غیرنقدی، هزینه‌های بهداشتی و درمانی، هزینه‌های بازنشستگی، هزینه‌های پرداختی به سازمان تامین اجتماعی، مابه‌التفاوت تعدیل حقوق سنوات قبل و پرداختی‌ها به بازنشستگان موسسه تا سقف مشخص می‌شوند. البته این موارد یاد شده هر یک توضیحات تفصیلی بیشتری دارند که باید به آنها نیز توجه نمود.
۴. هزینه‌های مربوط به کرایه محل موسسه در صورتی که اجاره ای باشد
۵. هزینه‌های قابل قبول مالیاتی مربوط به اجاره بهای ماشین آلات و ادوات
۶. هزینه‌های مربوط به مخارج سوخت، برق، آب و...

۷. هزینه های مربوط به وجود پرداختی به بیمه
۸. هزینه های حق امتیاز پرداختی و حقوق و عوارض مالیاتی به موسسات دولتی و غیره
۹. هزینه های مربوط به جریمه هایی که برای انجام عملیات موسسه به بانک ها و ... پرداخت شده اند
۱۰. هزینه های تحقیقاتی، آموزشی و آزمایشی و...
۱۱. هزینه هایی که به جبران خسارت وارده مربوط می شوند
۱۲. هزینه های فرهنگی، ورزشی، رفاهی و ...
۱۳. هزینه های مربوط به زبان اشخاص حقیقی و حقوقی از طریق رسیدگی به دفاتر آنها
۱۴. هزینه های قابل قبول مالیاتی جزئی که مربوط به محل موسسه اجاره ای می شوند
۱۵. هزینه های مربوط به نگهداری از محل موسسه
۱۶. هزینه های مربوط به مخارج حمل و نقل
۱۷. هزینه های مربوط به حق الزحمه های پرداختی همچون حق الوکاله، حق المشاوره و...
۱۸. هزینه های مربوط به پذیرایی، ایاب و ذهاب و انبارداری
۱۹. هزینه های قابل قبول مربوط به کارمزد، سود و جریمه های انجام عملیات موسسه که باید به صندوق تعاون، بانک ها و ... بپردازد.
۲۰. هزینه های مربوط به حق عضویت و اشتراک
۲۱. بهای لوازم و ملزومات اداری
۲۲. مطالبات وصول نشده
۲۳. هزینه های قابل قبول مالیاتی مربوط به اکتشاف معادن که بهره برداری نشده اند
۲۴. هزینه های مربوط به ضایعات متعارف تولید
۲۵. هزینه های نگهداری و تعمیر ماشین آلات و...
۲۶. زبان حاصل از تسعیر ارز
۲۷. هزینه های مربوط به ذخیره در سال مورد رسیدگی
۲۸. هزینه های خرید کتاب و دیگر کالاهای فرهنگی هنری
۲۹. هزینه های مربوط به سالهای قبل که باید در سال مالیاتی مورد رسیدگی پرداخت یا تخصیص داده شوند
۳۰. هزینه های مربوط به خدمات پس از فروش اشخاص حقوقی

ماده ۲. مشمولین دریافت معافیت مالیاتی

تمامی کارفرمایان حقیقی و حقوقی بخش غیردولتی یا خصوصی که نسبت به اشتغال افراد تحت پوشش بهزیستی به عنوان کارفرمای شغل غیرخانگی نظیر کارگاه ها، بنگاه های کسب و کار و ... اقدام و حق بیمه سهم کارفرمایی آنان را به سازمان تامین اجتماعی واریز و بر اساس قانون و مقررات مربوط، به فرد حقوق پرداخت نموده اند.

ماده ۳. شرایط بهره‌مندی از معافیت مالیاتی

۳-۱. شرایط گروه هدف

۱. تحت پوشش بهزیستی و دارای وضعیت فعال در سامانه مددجویی بهزیستی
۲. سن بین ۱۸ تا ۶۵ سال هنگام معرفی به کارفرما
۳. دارا بودن مدارک هویتی (کارت ملی)
۴. دارا بودن شرایط جسمی و روانی متناسب با شغل مربوطه

۳-۲. شرایط کارفرما

۱. داشتن کد شناسه یکتا یا مجوز فعالیت (پروانه کسب، پروانه فعالیت مراکز و ...)
۲. داشتن کد کارگاهی یا شناسه کارگاه از سازمان تامین اجتماعی
۳. پذیرش انعقاد قرارداد حداقل یک‌ساله با افراد تحت پوشش معرفی شده
۴. ارائه مستندات مربوط به پرداختی ماهانه بیمه و حقوق

ماده ۴. مدارک مورد نیاز جهت بهره‌مندی از معافیت مالیاتی

۱. تصویر مجوز فعالیت معتبر یا ارائه شناسه یکتا
۲. فرم درخواست نیروی کار جدید در ازای دریافت حق بیمه سهم کارفرما از بهزیستی توسط کارفرمای دارای حق امضاء در سربرگ رسمی ممه‌ور به مهر و امضاء (فرم شماره ۱).
۳. فرم بازدید اولیه از محل کسب و کار توسط کارشناس اشتغال شهرستان (فرم شماره ۲)
۴. تصویر قرارداد فرد شاغل تحت پوشش با کارفرما
۵. آخرین فیش پرداختی بیمه فرد تحت پوشش توسط کارفرما به بهزیستی شهرستان
۶. فرم تایید کمیته اشتغال شهرستان (فرم شماره ۴)
- تبصره: شرایط و مدارک مورد نیاز می‌بایست در کمیته اشتغال شهرستان تأیید گردد و در واحد اشتغال استان مورد نظارت قرار گیرد.

ماده ۵. مصادیق اقدامات ذکر شده در ماده ۲۴

هر گونه اقدام کارفرما در جهت احداث، تجهیز، توسعه و مناسب‌سازی یک مرکز کارآفرینی مورد نیاز جهت اشتغال افراد دارای معلولیت با تأیید سازمان به عنوان هزینه قابل قبول مالیاتی محسوب می‌شوند. در ادامه با هدف ایجاد وحدت رویه و شفافیت برخی از مصادیق به عنوان مثال ذکر شده است.

۱.۱ احداث

- احداث فضای کارگاهی ویژه افراد دارای معلولیت
- خوابگاه یا محل استراحت در جوار کارگاه و یا محل مناسب دیگر ویژه افراد دارای معلولیت
- سالن غذاخوری در جوار کارگاه و یا محل مناسب ویژه افراد دارای معلولیت
- سرویس بهداشتی ویژه افراد دارای معلولیت
- سایر موارد مرتبط با نظر کارشناس اشتغال بهزیستی

۲. توسعه

- افزایش مساحت فضای فیزیکی کارگاه
- هزینه مواد اولیه مورد نیاز جهت تولید به ازای هر فرد دارای معلولیت به کارگیری شده جدید
- پرداخت هزینه دستمزد
- هزینه ایاب و ذهاب معلولان از منزل به کارگاه و بالعکس
- هزینه خرید افزایش انشعابات گاز، برق، آب تناسب با توسعه طرح
- هزینه دوره ای آموزشی افراد دارای معلولیت متناسب با نوع شغل
- سایر موارد مرتبط با نظر کارشناس اشتغال بهزیستی

۳. تجهیز

- هزینه خرید تجهیزات مناسب جهت اشتغال افراد دارای معلولیت
- هزینه خرید بالا بر ویژه افراد دارای معلولیت
- هزینه خرید تجهیزات نظیر ویلچر، عصا، سمعک برای افراد دارای معلولیت
- هزینه خرید اداری متناسب شدت و نوع معلولیت
- سایر موارد مرتبط با نظر کارشناس اشتغال بهزیستی

۴. مناسب سازی

- هزینه ساخت سطح شیبدار (رَمپ)
- هزینه ساخت سرویس بهداشتی ویژه افراد دارای معلولیت
- هزینه ساخت اصلاح ورودی ها
- مناسب سازی خودروهای ایاب و ذهاب ویژه افراد دارای معلولیت
- سایر موارد مرتبط با نظر کارشناس اشتغال بهزیستی

ماده ۶. مدارک مورد نیاز جهت بهره‌مندی کارآفرینان از معافیت مالیاتی

۱. درخواست کتبی مدیر حقیقی یا حقوقی مرکز کارآفرینی دارای حق امضاء در سربرگ رسمی ممه‌ور به مهر و امضاء.
۲. ارائه مستندات دال بر اشتغال مددجویان تحت حمایت بهزیستی نزد کارآفرین طبق درخواست معافیت (نظیر لیست بیمه، فیش واریزی).
۳. فاکتور خرید کالای مورد درخواست معافیت (باتایید مبلغ توسط کارشناس دادگستری).
۴. رسید انبار (ورود و خروج کالا از انبار شرکت مورد نظر).
۵. در صورت لزوم (رسید تحویل کالاها به مددجویان).

ماده ۷. این دستورالعمل در ۷ ماده و ۱ تبصره توسط معاونت کارآفرینی و اشتغال سازمان بهزیستی تدوین و در شورای معاونین سازمان تصویب گردید که از تاریخ ابلاغ لازم الاجرا می‌باشد.

ضمائم

فلوچارت بهره‌مندی از مشوق معافیت مالیاتی ویژه کارفرمایان



نمونه مکاتبه اداری جهت اجرای ماده ۲۴

مدیرکل محترم بهزیستی استان

با سلام و احترام

موضوع: درخواست معافیت مالیاتی مرکز / موسسه / شرکت / کارگاه

احتراما، به پیوست نامه شماره مورخ / / مبنی بر
جهت مددجویان به کار گرفته در کارگاه /
شرکت با کد اقتصادی به ارزش ریال در سال
..... بابت استخدام مددجویان تحت پوشش پیوست در شهرستان به منظور استفاده از معافیت
مالیاتی مقرر در ماده ۲۴ قانون حمایت از حقوق افراد دارای معلولیت ارسال می‌گردد. خواهشمند است در صورت
امکان دستور فرمایید جزء هزینه‌های قابل قبول مالیاتی مرکز / موسسه / شرکت / کارگاه قرار گرفته و نامبرده به
اداره امور مالیاتی معرفی گردد.

نام و نام خانوادگی

معاون توسعه کارآفرینی، اشتغال و توانمندسازی

شماره ۳۸۱۵/۲۰۰/ص

تاریخ ۱۴۰۳/۰۲/۲۵

پیوست دارد



وزارت امور اقتصادی و دارایی
سازمان امور مالیاتی کشور
رئیس کل



سال جهش تولید با مشارکت مردم

بسمه تعالی

جناب آقای دکتر قریشی
مدیرکل محترم دفتر وزارتی
باسلام و احترام

بازگشت به ارجاع هامش نامه شماره ۹۰۰/۱۴۰۳/۱۰۶۱۲ مورخ ۱۴۰۳/۰۲/۰۳ معاون محترم وزیر و رئیس سازمان بهزیستی کشور درخصوص پیشنهاد مطرح شده ، به آگاهی می‌رساند:
ماده ۲۴ قانون حمایت از حقوق معلولان مصوب ۱۳۹۶/۱۲/۲۰ مجلس شورای اسلامی، قبلاً به موجب بخشنامه شماره ۲۰/۹۷/۲۸ مورخ ۱۳۹۷/۲/۳۰ (تصویر پیوست) این سازمان برای اجرا به کلیه ادارات کل امور مالیاتی ارسال شده است.

سید محمدهادی سبحانیان
رئیس کل سازمان امور مالیاتی کشور

شماره ۲۰۰/۹۷/۲۸
تاریخ ۹۷/۲/۳۰
پست



وزارت امور اقتصادی و دارایی
سازمان امور مالیاتی کشور
رئیس کل

بخشنامه

س	۹۷ و ۱۴۷	۹۷	۲۸
---	----------	----	----

مخاطبان / ذینفعان	امور مالیاتی شهر و استان تهران ادارات کل امور مالیاتی
موضوع	ارسال احکام مالیاتی قانون حمایت از حقوق معلولان
بدین وسیله احکام مالیاتی مواد ۲۴ و ۲۵ قانون حمایت از حقوق معلولان مصوب ۱۳۹۶/۱۲/۲۰ مجلس شورای اسلامی که در روزنامه رسمی شماره ۲۱۳۰۳ مورخ ۱۳۹۷/۲/۱۳ آگهی گردیده است، به شرح ذیل جهت اطلاع و اجراء ارسال می گردد: "ماده ۲۴- صد در صد (۱۰۰٪) هزینه های اشخاص حقیقی و حقوقی در جهت احداث و تجهیز و توسعه و مناسب سازی تمامی مراکز توانبخشی، نگهداری و مراقبتی، حرفه آموزی، آموزشی، کارآفرینی، رفاهی و مسکن مورد نیاز افراد دارای معلولیت با تأیید سازمان به عنوان هزینه قابل قبول مالیاتی محسوب می شود. ماده ۲۵- پنجاه درصد (۵۰٪) حقوق و مزایا یا دستمزد مشمول مالیات یکی از اولیاء افراد دارای معلولیت خیلی شدید و شدید مادامی که مسئولیت پرداخت هزینه های مترتب بر معلولیت فرد بر عهده اولیاء است از پرداخت مالیات معاف است. گواهی تأیید نوع و شدت معلولیت افراد مشمول این ماده از سوی کمیسیون پزشکی تشخیص نوع و شدت معلولیت سازمان ارائه خواهد شد. تبصره- آیین نامه اجرایی این ماده توسط وزارت امور اقتصادی و دارایی و وزارت، ظرف مدت شش ماه پس از ابلاغ این قانون تهیه می شود و به تصویب هیأت وزیران می رسد." ۸-۲/۱۹	
سیدکامل تقوی نژاد	
تاریخ اجرا: پانزده روز پس از انتشار در روزنامه رسمی	مدت اجرا: نامحدود
مرجع ناظر: دادستانی انتظامی مالیاتی	نحوه ی ابلاغ: فیزیکی / سیستمی
رونوشت: - امور تدوین، تنبیح و انتشار قوانین و مقررات معاونت حقوقی ریاست جمهوری برای اطلاع. - قائم مقام محترم رئیس کل برای اطلاع. - معاونین محترم سازمان برای اطلاع. - شورای عالی مالیاتی برای اطلاع. - دفاتر ستادی برای اطلاع. - مرکز عالی دادخواهی مالیاتی و تشخیص صلاحیت حرفه ای برای اطلاع. - جامعه مشاوران رسمی مالیاتی ایران برای اطلاع. - دفتر حقوقی برای درج در بانک اطلاعات بخشنامه ها. - دفتر فنی و حسابرسی مالیاتی به همراه سابقه.	

تهران، خیابان داور، سازمان امور مالیاتی کشور - صندوق پستی: ۱۶۵۱-۱۱۱۱۵

www.intamedia.ir

چکیده

دستور العمل

جدول الف. روکش پرونده دریافت تسهیلات خوداشتغالی توسط فرد تحت پوشش

ردیف	مدارک مورد نیاز	وضعیت مدارک
۱	پرینت استعلام سامانه بهزیستی (تحت پوشش بودن)	دارد
۲	تصویر کارت ملی و کارت پایان خدمت (برای آقایان زیر ۵۰ سال)	دارد
۳	تصویر صفحه دوم شناسنامه جهت احراز نسبت خانوادگی عضو موثر	دارد
۴	مجوز فعالیت (پروانه کسب یا پروانه فعالیت مرکز)	دارد
۵	مدرک تاییدکننده شایستگی (مدرک مهارتی یا تحصیلی)	فنی و حرفه‌ای
۶	درخواست کتبی متقاضی (فرم شماره ۱)	دارد
۷	فرم تعهد ویژه فرد تحت پوشش (فرم شماره ۱-۲)	دارد
۸	فرم طرح کسب و کار پیشنهادی (فرم شماره ۳)	دارد
۹	گواهی آماده‌سازی شغلی ویژه فرد تحت پوشش (در صورت نیاز) (فرم ۴)	دارد
۱۰	فرم اهلیت‌سنجی متقاضی و بررسی شرایط محیطی (فرم ۵)	دارد
۱۱	پرینت استعلام سابقه بیمه تأمین اجتماعی (آخرین ماه قبل از درخواست وام)	دارد
۱۲	سابقه استخدام در بخش دولتی (از سامانه TEK)	می‌باشد
		ندارد

جدول ب. روکش پرونده دریافت تسهیلات کارفرمایی

ردیف	مدارک مورد نیاز	وضعیت مدارک
۱	تصویر مجوز فعالیت (پروانه کسب و یا پروانه فعالیت مرکز)	دارد
۲	فرم بازدید اولیه کارشناس اشتغال شهرستان از محل کسب و کار (فرم شماره دو)	دارد
۳	معرفی‌نامه کارجوی تحت پوشش واجد شرایط به کارفرما	دارد
۴	فرم درخواست کتبی متقاضی (فرم شماره ۱)	دارد
۵	تصویر قرارداد یک ساله کارجو و کارفرما	دارد
۶	تصویر آخرین فیش پرداختی بیمه	دارد
۷	تصویر آخرین لیست صورت دستمزد	دارد
		ندارد

جدول ج. روکش پرونده دریافت حق بیمه سهم خویش فرما

ردیف	مدارک مورد نیاز	وضعیت مدارک	
۱	تصویر کارت ملی متقاضی	دارد	ندارد
۲	گواهی تایید حوزه توانبخشی (ممه‌ور به مهر) مبنی بر توانایی جسمی و روانی انجام کار ویژه افراد دارای معلولیت ذهنی هوشی	دارد	ندارد
۳	پرینت استعلام مبنی بر تحت پوشش بودن از سامانه بهزیستی	دارد	ندارد
۴	تصویر مجوز فعالیت (پروانه کسب و یا پروانه فعالیت مرکز)	دارد	ندارد
۵	فرم گزارش مددکاری	دارد	ندارد
۶	فرم درخواست کتبی متقاضی (فرم شماره ۱)	دارد	ندارد
۷	تصویر قرارداد فرد تحت پوشش با سازمان تأمین اجتماعی	دارد	ندارد
۸	تصویر فیش پرداختی ماهانه بیمه	دارد	ندارد

جدول د. روکش پرونده دریافت حق بیمه سهم کارفرما

ردیف	مدارک مورد نیاز	وضعیت مدارک	
۱	پرینت استعلام اطلاعات متقاضی مبنی بر تحت پوشش بودن فرد به کارگماری شده	دارد	ندارد
۲	فرم درخواست نیروی کار در ازای دریافت حق بیمه کارفرما (فرم شماره ۱)	دارد	ندارد
۳	تصویر مجوز فعالیت (پروانه کسب و یا پروانه فعالیت مرکز) یا کد شناسه یکتا	دارد	ندارد
۴	فرم بازدید از کارگاه	دارد	ندارد
۵	تصویر قرارداد فرد تحت پوشش با کارفرما	دارد	ندارد
۶	تصویر آخرین فیش پرداختی بیمه	دارد	ندارد

جدول ر. روکش پرونده دریافت کمک هزینه ارتقای کارایی معلولان

ردیف	مدارک مورد نیاز	وضعیت مدارک	
۱	پرینت استعلام اطلاعات متقاضی مبنی بر تحت پوشش بودن فرد به کارگماری شده	دارد	ندارد
۲	تصویر نتیجه آخرین کمیسیون پزشکی دارای اعتبار زمانی	دارد	ندارد
۳	فرم درخواست نیروی کار در ازای کمک هزینه ارتقای کارایی معلولان (فرم شماره ۱)	دارد	ندارد
۴	تصویر مجوز فعالیت (پروانه کسب و یا پروانه فعالیت مرکز) یا کد شناسه یکتا	دارد	ندارد
۵	فرم بازدید از کارگاه (فرم شماره ۲)	دارد	ندارد
۶	تصویر قرارداد یک ساله فرد تحت پوشش با کارفرما	دارد	ندارد
۷	تصویر آخرین فیش پرداختی بیمه	دارد	ندارد

جدول ز. روکش پرونده دریافت سرمایه کار بلاعوض بانوان سرپرست خانوار

ردیف	مدارک مورد نیاز	وضعیت مدارک
۱	پرینت استعلام سامانه بهزیستی (تحت پوشش بودن)	دارد
۲	تصویر صفحه اول و دوم شناسنامه و کارت ملی	دارد
۳	تصویر مجوز فعالیت (پروانه کسب و یا پروانه فعالیت مرکز) یا شناسه یکتا	دارد
۴	فرم درخواست کتبی متقاضی (فرم شماره ۱)	دارد
۵	فرم بازدید اولیه مددکار	دارد
۶	فرم طرح کسب و کار پیشنهادی	دارد
۷	فرم اهلیت سنجی متقاضی و بررسی شرایط محیطی	دارد

جدول ص. روکش پرونده دریافت تسهیلات خوداشتغالی توسط عضو موثر خانواده

ردیف	مدارک مورد نیاز عضو موثر خانواده	وضعیت مدارک
۱	پرینت استعلام سامانه بهزیستی (تحت پوشش بودن فرد غیرقابل توانمندسازی)	دارد
۲	تصویر کارت ملی و کارت پایان خدمت (برای آقایان زیر ۵۰ سال)	دارد
۳	تصویر صفحه دوم شناسنامه جهت احراز نسبت خانوادگی	دارد
۴	مجوز فعالیت (پروانه کسب یا پروانه فعالیت مرکز)	دارد
۵	مدرک تاییدکننده شایستگی (مدرک مهارتی یا تحصیلی)	فنی و حرفه‌ای
۶	درخواست کتبی عضو موثر متقاضی (فرم شماره ۱)	دارد
۷	گواهی تایید حوزه توانبخشی یا گواهی از کارافتادگی یا کارت معلولیت ویژه افراد دارای معلولیت ذهنی هوشی	دارد
۸	اجازة نامه از فرد تحت پوشش غیرقابل توانمندسازی غیرمحمجور و تعهدنامه ویژه عضو موثر خانواده (فرم شماره ۲-۲)	دارد
۹	فرم طرح کسب و کار پیشنهادی (فرم شماره ۳)	دارد
۱۰	برگه کفالت، قیمومیت، حضانت یا استشهادنامه برای بستگان درجه ۲ (ویژه فرد بی سرپرست)	دارد
۱۱	فرم اهلیت سنجی متقاضی و بررسی شرایط محیطی (فرم ۵)	دارد
۱۲	پرینت استعلام سابقه بیمه تامین اجتماعی (آخرین ماه قبل از درخواست وام)	دارد
۱۳	سابقه استخدام در بخش دولتی (از سامانه TEK)	می باشد

مدارگی که متقاضیان تحت پوشش، عضو موثر خانواده یا کارفرمایان می‌بایست جهت دریافت خدمات ارائه نماید

این مدارک می‌بایست توسط مددکار به فرد متقاضی یا عضو موثر خانواده وی و همچنین توسط کارشناس اشتغال شهرستان به کارفرمایان متقاضی به صورت برگه جهت اطلاع‌رسانی کاغذی ارائه شود.

مدارگی که فرد تحت پوشش می‌بایست جهت دریافت وام بانکی ارائه نماید

۱. پرینت استعلام از سایت "تامین من" مبنی بر نداشتن سابقه بیمه کارفرمایی در یک ماه گذشته
۲. تصویر مدارک شناسایی متقاضی شامل کارت ملی و همچنین کارت پایان خدمت یا معافیت برای آقایان زیر ۵۰ سال
۳. شناسه یکتا یا مجوز فعالیت و یا مدرک مهارت‌آموزی معتبر یا مدرک دیپلم هنرستان یا دانشگاهی مرتبط با شغل
۴. فرم درخواست کتبی متقاضی (فرم شماره ۱)
۵. فرم تعهد هزینه‌کرد تسهیلات خوداشتغالی (فرم شماره ۱-۲)
۶. فرم طرح کسب و کار پیشنهادی متقاضی (فرم شماره ۳)
۷. گواهی آماده‌سازی شغلی (در صورت نیاز) (فرم شماره ۴)

مدارگی که فرد بهبودیافته اعتیاد می‌بایست جهت دریافت وام بانکی ارائه نماید

۱. پرینت استعلام از سایت "تامین من" مبنی بر نداشتن سابقه بیمه کارفرمایی در یک ماه قبل از درخواست وام
۲. تصویر کارت ملی و همچنین کارت پایان خدمت یا معافیت برای آقایان زیر ۵۰ سال
۳. شناسه یکتا یا مجوز فعالیت و یا مدرک مهارت‌آموزی معتبر یا مدرک دیپلم هنرستان یا دانشگاهی مرتبط با شغل
۴. فرم درخواست کتبی متقاضی (فرم شماره ۱)
۵. فرم تعهد هزینه‌کرد تسهیلات خوداشتغالی (فرم شماره ۱-۲)
۶. فرم طرح کسب و کار پیشنهادی متقاضی (فرم شماره ۳)
۷. گواهی آماده‌سازی شغلی (در صورت نیاز) (فرم شماره ۴)
۸. اصل دو جواب آزمایش منفی از آزمایشگاه معتبر مبنی بر حداقل یک سال پاکی از اعتیاد
۹. اصل گواهی پاکی معتبر از مراکز مجاز درمان (مطابق با فرم شماره ۸)
۱۰. گزارش دارای مهر و امضای مددکار مبنی بر احراز نیازمندی متقاضی

مدارگی که عضو موثر خانواده می‌بایست جهت دریافت وام خوداشتغالی ارائه نماید

۱. پرینت استعلام از سایت "تامین من" مبنی بر نداشتن سابقه بیمه کارفرمایی در یک ماه گذشته
۲. گواهی تایید حوزه توانبخشی بهزیستی شهرستان یا استان مبنی بر غیرقابل توانمندسازی بودن فرد تحت پوشش یا گواهی از کارافتادگی که زمان صدور آن قبل از ارائه به کمیته اشتغال از یک سال بیشتر نباشد. در افراد دارای معلولیت ذهنی خفیف تا خیلی شدید کارت معلولیت دارای اعتبار می‌تواند جایگزین گواهی تایید حوزه توانبخشی باشد.
۳. تصویر کارت ملی و همچنین کارت پایان خدمت یا معافیت برای آقایان زیر ۵۰ سال
۴. برگه کفالت، قیمومیت، حضانت یا استشهادنامه برای بستگان درجه ۲ (ویژه فرد بی سرپرست)
۵. شناسه یکتا یا مجوز فعالیت و یا مدرک مهارت‌آموزی معتبر یا مدرک دیپلم هنرستان یا دانشگاهی مرتبط با شغل
۶. فرم درخواست کتبی عضو موثر خانواده (فرم شماره ۱)

۷. فرم تعهد برای قیم، کفیل، حضانت‌کننده یا بستگان درجه یک و دو و اجازه‌نامه کتبی از فرد تحت پوشش غیرقابل توانمندسازی غیرمحمجور (فرم شماره ۲-۲)
۸. فرم طرح کسب و کار پیشنهادی متقاضی (فرم شماره ۳)

مدارکی که کارفرما می‌بایست جهت دریافت وام بانکی ارائه نماید

۱. تصویر مجوز فعالیت معتبر کارفرما یا ارائه شناسه یکتا
۲. فرم درخواست به‌کارگیری افراد تحت پوشش جویای کار جدید (فرم شماره یک).
۳. تصویر قرارداد حداقل یک ساله کارجوی تحت پوشش با کارفرما
۴. آخرین فیش پرداختی بیمه و لیست حقوق و مزایای قانونی مشمول بیمه فرد تحت پوشش بهزیستی
۵. یک نسخه از صورتجلسه تنظیم شده فی‌مابین کارفرما و رئیس اداره بهزیستی شهرستان

مدارکی که فرد تحت پوشش می‌بایست جهت دریافت حق بیمه سهم خویش‌فرما ارائه نماید

۱. تصویر کارت ملی متقاضی تحت پوشش
۲. گواهی تایید حوزه توانبخشی (ممه‌ور به مهر)
۳. فرم درخواست بیمه سهم خویش‌فرما (فرم شماره ۱)
۴. هر نوع مدرکی دال بر شاغل بودن نظیر داشتن شناسه یکتا، تصویر مجوز فعالیت نظیر پروانه کسب و ... یا گواهی مهارت‌آموزی یا مدرک دیپلم هنرستان یا دانشگاهی مرتبط با شغل
۵. هرگونه مدرک معتبر دال بر پرداخت حق بیمه خویش‌فرما شامل پرینت سامانه تامین اجتماعی، تصویر فیش واریزی حق بیمه یا قرارداد با تامین اجتماعی

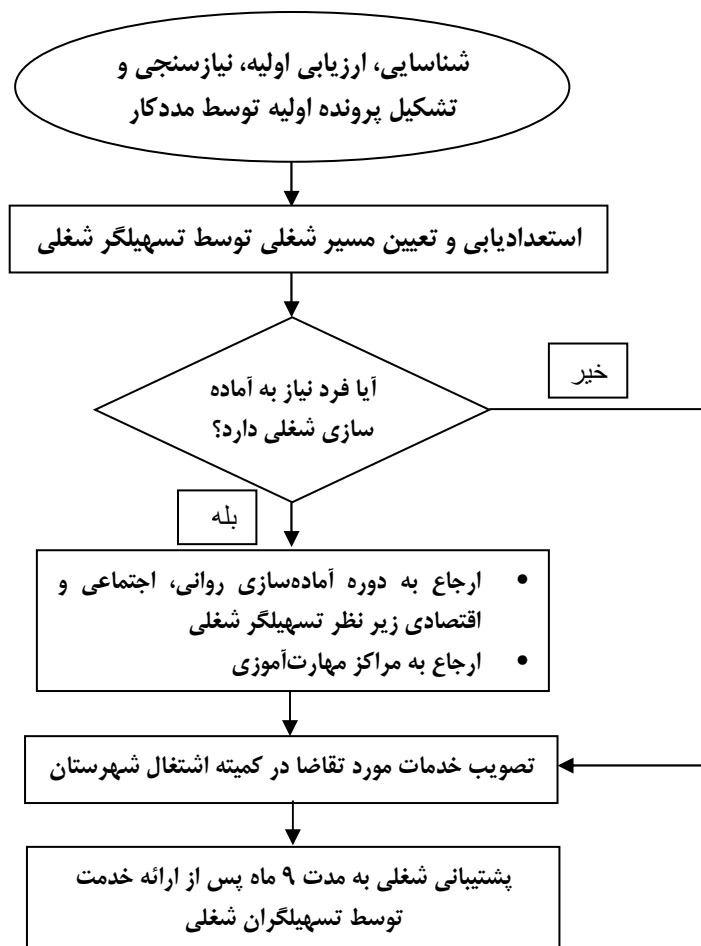
مدارکی که کارفرما می‌بایست جهت دریافت حق بیمه سهم کارفرما ارائه نماید

۱. تصویر مجوز فعالیت معتبر یا ارائه شناسه یکتا
۲. فرم درخواست نیروی کار جدید در ازای دریافت حق بیمه سهم کارفرما از بهزیستی (فرم شماره ۱).
۳. تصویر قرارداد کارفرما با فرد شاغل تحت پوشش بهزیستی
۴. آخرین فیش پرداختی بیمه فرد تحت پوشش توسط کارفرما

مدارکی که کارفرما می‌بایست جهت دریافت کمک هزینه ارتقای کارایی ارائه نماید

۱. ارائه کد شناسه یکتا یا مجوز فعالیت معتبر از سوی کارفرما
۲. فرم درخواست نیروی کار در ازای دریافت کمک هزینه ارتقای کارایی از بهزیستی (فرم شماره ۱).
۳. تصویر قرارداد حداقل یک ساله کارفرما با فرد دارای معلولیت
۴. آخرین فیش پرداختی بیمه و لیست صورت دستمزد فرد دارای معلولیت توسط کارفرما

نمودار فرایند ارائه خدمات اشتغال بهزیستی



جدول شماره ۱. نمای کلی رابطه نوع خدمت با خدمت گیرندگان خدمات اشتغال سازمان بهزیستی

عنوان خدمت اشتغال	افراد تحت پوشش		اعضای موثر خانواده
	توانبخشی	سلامت اجتماعی	
تسهیلات خوداشتغالی	همه انواع و شدت‌های معلولیت مجاز به جزء ذهنی خفیف تا شدید و اعصاب و روان غیرقابل توانمندسازی	مجاز	مجاز
تسهیلات کارفرمایی	همه انواع و شدت‌های معلولیت مجاز به جز افراد غیرقابل توانمندسازی	مجاز	غیرمجاز
حق بیمه خویش فرمایی	بدون محدودیت زمانی	تا ۵ سال (۶۰ ماه)	غیرمجاز
حق بیمه سهم کارفرما	بدون محدودیت زمانی	تا ۵ سال (۶۰ ماه)	غیرمجاز
ارتقای کارایی معلولان	تا ۵ سال (۶۰ ماه)	غیرمجاز	غیرمجاز
سرمایه کار بلاعوض	همه انواع معلولان قابل توانمندسازی (تامین مالی از طریق برنامه CBR)	بانوان سرپرست خانوار	غیرمجاز
هزینه آماده‌سازی شغلی	-	بانوان سرپرست خانوار	غیرمجاز
یارانه مرکز پشتیبانی شغلی (SE)	تمامی انواع و شدت‌های معلولیت قابل توانمندسازی	-	غیرمجاز

جدول شماره ۲. جدول مختصر رابطه بین خدمت و خدمت گیرنده

نوع خدمت	تسهیلات خوداشتغالی	حق بیمه سهم خویش فرما	سرمایه کار بلاعوض	هزینه مهارت آموزی	حق بیمه سهم کارفرما	هزینه ارتقای کارایی	یارانه مراکز پشتیبانی شغلی
فرد دارای معلولیت ذهنی با تایید حوزه توانبخشی	خیر	بله	خیر	خیر	بله	بله	بله
سایر افراد دارای معلولیت	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله
گروه هدف حوزه سلامت اجتماعی	بله	بله	بله	بله	بله	خیر	بله
عضو موثر خانواده	بله	خیر	خیر	خیر	خیر	خیر	خیر
فرد تحت پوشش موقت	بله	خیر	بله	بله	خیر	خیر	خیر

جدول شماره ۳. نمای کلی رابطه خدمات اشتغال سازمان بهزیستی با یکدیگر

امکان سنجی	ارائه خدمت اول ←	ارائه خدمت دوم
مجاز	فردی که حق بیمه خویش فرمایی می گیرد	تسهیلات خوداشتغالی
در صورت وجود اعتبار مجاز	فردی که تسهیلات خوداشتغالی گرفته	بیمه خویش فرمایی
غیرمجاز	فردی که تسهیلات خوداشتغالی گرفته	سرمایه کار بلاعوض
مجاز	فردی که سرمایه کار بلاعوض گرفته	تسهیلات خوداشتغالی
غیرمجاز	فردی که حق بیمه خویش فرمایی می گیرد	حق بیمه سهم کارفرما
مجاز	فردی که حق بیمه خویش فرمایی می گیرد	سرمایه کار بلاعوض
غیرمجاز	فردی که حق بیمه خویش فرمایی می گیرد	کمک هزینه ارتقای کارایی معلولان
فقط برای معلولان متوسط، شدید و خیلی شدید مجاز	کارفرمایی که حق بیمه کارفرمایی می گیرد	کمک هزینه ارتقای کارایی معلولان
مجاز	کارفرمایی که تسهیلات گرفته	حق بیمه سهم کارفرما
مجاز	کارفرمایی که تسهیلات گرفته	کمک هزینه ارتقای کارایی معلولان
غیرمجاز	کارفرمایی که تسهیلات گرفته	بیمه خویش فرمایی برای فرد تحت پوشش شاغل

- به ترتیب پرداخت سرمایه کار بلاعوض سپس تسهیلات خوداشتغالی و نهایتاً بیمه سهم خویش فرما (در صورت وجود اعتبار) در سه تاریخ جداگانه در طی یک سال مجاز است ولی در سامانه رصد اشتغال یک تعهد انجام شده در آن سال محسوب می شود.
- پرداخت همزمان تسهیلات کارفرمایی، بیمه سهم کارفرما و کمک هزینه ارتقای کارایی بابت یک فرد تحت پوشش به یک کارفرما مجاز نمی باشد.

جدول شماره ۴. رسته‌های شغلی تسهیلات قرض الحسنه اشتغال‌زایی با سقف ۳۰۰۰ میلیون ریال

۱	کارگاه جوراب‌بافی با دستگاه‌های دیجیتالی
۲	طرح‌های دانش بنیان دارای مجوز از معاون علمی و فناوری
۳	فرآوری و بسته‌بندی سبزیجات
۴	مراکز غیردولتی تحت نظارت بهزیستی که مطابق بند ۱۳ ماده ۲۶ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مجوز دریافت می‌نمایند (ویژه گروه‌های هدف تحت پوشش بهزیستی)
۵	بسته‌بندی و مشتقات خرما
۶	تولید گلاب و عرقیات
۷	تعمیر لوازم خانگی و موبایل
۸	راه‌اندازی خبازی / نانوايي
۹	دفاتر پیشخوان خدمات دولت / پلیس + ۱۰
۱۰	پرورش شتر (کوچک و متوسط)
۱۱	فروش تجهیزات پزشکی و توانبخشی
۱۲	فرآوری گیاهان دارویی و لبنیات
۱۳	آرایشگری
۱۴	تولید لوازم یکبار مصرف غذایی
۱۵	راه اندازی مراکز فنی و حرفه ای آزاد
۱۶	کارگاه تولید دستمال کاغذی
۱۷	کشت زعفران و بسته بندی خشکبار
۱۸	کارواش
۱۹	حمل بار، مسافر و مکانیزاسیون کشاورزی و صیادی (تاکسی، تاکسی ون، نیسان وانت، تراکتور، پهباد کشاورزی، قایق صیادی کوچک و ملزومات صید و ...)
۲۰	کشت گیاهان گلخانه‌ای (گلخانه کوچک مقیاس (سبزی و صیفی، گل‌های زینتی و گیاهان دارویی)، (سازه و بستر کشت بسته به نوع آن معمولی یا هیدروپونیک)
۲۱	بوم‌گردی
۲۲	پرورش انواع ماهیان (آب شیرین سردابی و گرمابی) و ماهیان دریایی (میگو، ماهیان زینتی، زالو)، آبزیان
۲۳	دامداری نیمه صنعتی (پروراندی دام سبک، اصلاح نژاد: نژادهای پرتولید و پرواری)، پروراندی دام سنگین (پروراندی ۲۰ راس گوساله) - پرورش گاو شیری (نژادهای پرتولید حداقل ۶ راس)
۲۴	پرورش مرغ و طیور نظیر مرغ خانگی (حداکثر ۵ هزار قطعه‌ای) و سایر طیور (بوقلمون، شترمرغ، کبک و...)
۲۵	راه اندازی باشگاه ورزشی
۲۶	ساخت مصنوعات فلزی
۲۷	ساخت مصنوعات چوبی
۲۸	بسته بندی و بوجاری خشکبار و فراوری گیاهان دارویی (دستگاه بوجاری، بسته‌بندی، عصاره‌گیری و...)
۲۹	تولید پوشاک و منسوجات (راه اندازی کارگاه کوچک نیمه صنعتی با ظرفیت نیروی کار متفاوت)
۳۰	راه اندازی خشکشویی و لباسشویی

۳۱	راه اندازی مغازه پوشاکفروشی
۳۲	راه اندازی کارگاه قالیشویی
۳۳	راه اندازی و تجهیز کارگاه قالی بافی و رنگری
۳۴	راه اندازی کارگاه کابینت سازی
۳۵	راه اندازی و تجهیز کارگاه بلوک زنی و خدمات مصالح ساختمانی

جدول شماره ۵. فهرست فعالیت های تولیدی، صنعتی و فنی مشمول معافیت حق بیمه سهم کارفرما تا میزان ۵ کارگر (مشاغل سختی که مشمول دریافت حق بیمه سهم کارفرما نمی باشند)

۱. آلومینیوم سازی
۲. اطاق سازی ماشین
۳. آهنگری، فلز تراشی (قطعه سازی) و تراشکاری
۴. انواع بافندگی
۵. پرورش ماهی
۶. پرورش و نگهداری دام و ماکیان
۷. ساخت و تعمیرات انواع پمپ آب
۸. تولید گازهای طبی و وسایل آتش نشانی
۹. ترازو، قپان و باسکول
۱۰. تولیدکنندگان تابلوهای فشار قوی
۱۱. شرکت های تعاونی تولیدی وابسته به سازمان های دولتی نظیر مرکز گسترش خدمات تولیدی و عمرانی کشور که فعالیت های آنها جنبه تولیدی صنعتی و فنی دارد
۱۲. چاقو سازی
۱۳. تولید انواع چرا خوراک پزی
۱۴. چاپخانه شامل: چاپ، حروف چینی، گراورسازی، کلیشه سازی، لیتوگرافی و انواع صحافی
۱۵. خبازی
۱۶. انواع دوزندگی
۱۷. درب و پنجره سازی
۱۸. ریخته گری
۱۹. معادن سطح الارضی که جنبه کارگاهی دارند
۲۰. سماورسازی
۲۱. سراجی شامل: کیف، ساک، چمدان و کمر بندسازی
۲۲. صابون پزی
۲۳. کارگاه های صنایع دستی: قلم زنی، منبت کاری، مینا کاری، کاشی کاری، معرق، فیروزه کاری
۲۴. کارگاه صنایع روستایی که فعالیت های آنها جنبه تولیدی، صنعتی و فنی داشته باشد
۲۵. فخاری

۲۶. قالب زنی
۲۷. تولیدکنندگان قفل
۲۸. کاشی سازی و سرامیک سازی
۲۹. تولید کفش (کفاشی) و پستانی سازی
۳۰. ساخت و تولید انواع مخازن
۳۱. موزائیک سازی و بلوک سازی
۳۲. سازندگان میز و صندلی، کمد، قفسه و کابینت آشپزخانه
۳۳. ساخت و تولید انواع ماشین آلات کشاورزی و وسایل و ادوات مربوط به تعمیر آنها
۳۴. نمد مالی
۳۵. یخدان سازی
۳۶. ناشران و موسسات انتشارات
۳۷. کارکنان شناورهای باری و صیادی در استان های جنوبی کشور
۳۸. شرکتها و اتحادیه های تعاونی روستایی که جنبه تولیدی صنعتی و فنی داشته باشند و واحدهای کشاورزی.

جدول شماره ۶. جدول سرانه و میزان حداقل و حداکثر پرداخت هر خدمت در سال ۱۴۰۳

عنوان خدمت	سرانه (میلیون تومان)	حداقل	سقف پرداخت
تسهیلات خوداشتغالی	۱۵۰	۵۰ میلیون تومان	۱۵۰ میلیون تومان
تسهیلات خوداشتغالی (۳۵ رسته شغلی)	۱۵۰	-	۳۰۰ میلیون تومان
تسهیلات کارفرمایی	۱۵۰	-	۴ میلیارد تومان
سرمایه کار بلاعوض	۳۰	۱۵۰ میلیون تومان	۳۰ میلیون تومان
هزینه آماده سازی شغلی	۵		۵ میلیون تومان
سهم بیمه خویش فرمایی	-	۱۴ درصد حداقل حقوق مصوب	۱۸ درصد حداقل حقوق مصوب
سهم بیمه کارفرمایی	-		۲۰ درصد حق بیمه سهم کارفرما
یارانه ارتقای کارایی معلولان	-	۳۰ درصد حداقل حقوق ماهانه مصوب	۵۰ درصد حداقل حقوق ماهانه مصوب

تبصره: مبالغ جدول فوق ابتدای هر سال و منطبق با دستورالعمل حمایت های مالی سازمان به روزرسانی می گردد.

جدول شماره ۷. شاخص‌های ارزشیابی خدمات اشتغال

نام شاخص	تعریف	منابع داده‌ها
نسبت افراد بهره‌مند از تسهیلات خوداشتغالی	$\frac{\text{تعداد افراد بهره‌مند از تسهیلات خوداشتغالی}}{\text{تعداد کل بهره‌مندان از خدمات اشتغال در سالجاری}} \times 100$	گزارشات آماری
نسبت افراد بهره‌مند از تسهیلات کارفرمایی	$\frac{\text{تعداد افراد بهره‌مند از تسهیلات کارفرمایی}}{\text{تعداد کل بهره‌مندان از خدمات اشتغال در سالجاری}} \times 100$	گزارشات آماری
نسبت افراد بهره‌مند از حق بیمه کارفرمایی	$\frac{\text{تعداد افراد دارای معلولیت بهره‌مند از حق بیمه کارفرمایی}}{\text{تعداد کل بهره‌مندان از خدمات اشتغال در سالجاری}} \times 100$	گزارشات آماری
نسبت افراد بهره‌مند از حق بیمه خویش-فرمایی	$\frac{\text{تعداد افراد دارای معلولیت بهره‌مند از حق بیمه خویش فرمایی}}{\text{تعداد کل بهره‌مندان از خدمات اشتغال در سالجاری}} \times 100$	گزارشات آماری
نسبت افراد دارای معلولیت بهره‌مند از کمک هزینه ارتقای کارایی	$\frac{\text{تعداد افراد دارای معلولیت بهره‌مند از کمک هزینه ارتقای کارایی}}{\text{تعداد کل بهره‌مندان از خدمات اشتغال در سالجاری}} \times 100$	گزارشات آماری
نسبت افراد بهره‌مند از سرمایه کار بلاعوض	$\frac{\text{تعداد افراد بهره‌مند از سرمایه کار بلاعوض}}{\text{تعداد کل بهره‌مندان از خدمات اشتغال در سالجاری}} \times 100$	گزارشات آماری
نسبت اعضای موثر خانواده استفاده کننده از خدمات اشتغال	$\frac{\text{تعداد اعضای موثر دریافت کننده تسهیلات خوداشتغالی}}{\text{تعداد کل بهره‌مندان از تسهیلات خوداشتغالی}} \times 100$	گزارشات آماری
نقش مراکز فعال در ارائه خدمات اشتغال	تعداد مراکز فعال در ارائه خدمات اشتغال	گزارشات آماری
میزان آموزش‌های آماده‌سازی شغلی گروهی	نفرساعت کلاس‌های آموزشی آماده‌سازی شغلی گروهی توسط تسهیل‌گران شغلی	گزارشات آماری
نسبت افراد ارجاع شده جهت دریافت مدرک فنی حرفه‌ای	$\frac{\text{تعداد افراد تحت پوشش ارجاع شده جهت دریافت مدرک مهارتی}}{\text{تعداد افراد تحت پوشش نیازمند به مدرک مهارتی}} \times 100$	گزارشات آماری
نسبت کارشناسان آموزش دیده در زمینه اشتغال	$\frac{\text{تعداد کارشناسان آموزش دیده در سال}}{\text{تعداد کل کارشناسان حوزه اشتغال}} \times 100$	گزارشات آماری

نمونه فرم قرارداد کار

این قرارداد منطبق با قانون کار جمهوری اسلامی ایران میان کارفرما/ یا نماینده قانونی ایشان و کارگر منعقد می گردد.

۱- مشخصات طرفین

۱-۱ کارفرما/ نماینده قانونی کارفرما

آقا/ خانم/ شرکت فرزند شماره شناسنامه (ش.ش) شماره
ثبت به نشانی کد پستی

۲-۱ کارگر (کارمند)

آقا / خانم فرزند متولد شماره شناسنامه (ش.ش)
..... شماره ملی میزان تحصیلات نوع و میزان مهارت
..... به نشانی کد پستی

۲- نوع قرارداد

- قرارداد موقت
- قرارداد پاره وقت
- قرارداد ساعتی
- قرارداد آموزشی

۳- نوع کار یا حرفه یا حجم کار یا وظیفه ای که کارگر (کارمند) به آن اشتغال می یابد

.....

۴- محل انجام کار

.....

۵- تاریخ انعقاد قرارداد

از تاریخ: / / تا تاریخ: / /

۶- مدت قرارداد :

۷- ساعات کار :

(میزان ساعات کار و زمان شروع و خاتمه آن صرفاً با رضایت طرفین تعیین می گردد. ساعات کار نمی تواند بیش از میزان
مندرج در قانون کار تعیین شود اما کم تر از آن مجاز است).

۸- حق السعی

۸-۱ مزد ثابت/مبنا روزانه/ ساعتی ریال (حقوق ماهیانه ریال).
۸-۲ پاداش افزایش تولید و بهره وری در حرفه تخصصی با عنایت به تخصص کارگر
ریال که طبق توافق طرفین قابل پرداخت است.

۳-۸ شرح سایر مزایا و امتیازات

۹- حقوق و مزایا به صورت هفتگی/ماهانه کارگر به حساب شماره شعبه
..... توسط کارفرما یا نماینده قانونی ایشان پرداخت می گردد.

۱۰- بیمه

به موجب شماره بیمه کارگر در تاریخ تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی قرار گرفت.
(به موجب ماده ۱۴۸ قانون کار، کارفرما مکلف است کارگر را نزد سازمان تأمین اجتماعی و یا سایر دستگاه های بیمه گذار بیمه نماید).

۱۱- عیدی و پاداش سالانه

به موجب ماده واحده قانون مربوط به تعیین عیدی و پاداش سالانه کارگران شاغل در کارگاه های مشمول قانون کار - مصوب ۶/۱۲/۱۳۷۰ مجلس شورای اسلامی- به ازای یک سال کار معادل شصت روز مزد ثابت/مبنا (تا سقف نود روز روزانه قانونی کارگران) به عنوان عیدی و پاداش سالانه به کارگر پرداخت می شود. کار کم تر از یک سال تمام میزان عیدی و پاداش و سقف مربوط به نسبت محاسبه خواهد شد.

۱۲- حق سنوات یا مزایای پایان کار

به هنگام فسخ یا خاتمه کار حق سنوات براساس نسبت کارکرد کارگر پرداخت می شود.

۱۳- شرایط فسخ یا خاتمه قرارداد

به موجب این قرارداد به موجب موارد ذیل هر یک از طرفین قادر به فسخ قرارداد می باشند و در غیر این صورت طرف فسخ کننده می بایست وجه التزام به مبلغ پرداخت نماید.

۱۴- سایر موضوعات مندرج در قانون کار و مقررات تبعی از جمله استحقاقی، کمک هزینه مسکن، کمک هزینه عائله مندی نسبت به این قرارداد اعمال خواهد شد.

۱۵- این قرارداد در نسخه و صفحه تنظیم می شود که یک نسخه نزد کارفرما، یک نسخه نزد کارگر، و نسخه دیگر در اختیار اداره بهزیستی شهرستان قرار خواهد گرفت.

محل امضاء و اثر انگشت

کارفرما/یا نماینده قانونی ایشان

محل امضاء و اثر انگشت

کارگر

نسبت خدمات اشتغال به مسیرهای شغلی

۱. خوداشتغالی

- ✓ تسهیلات خوداشتغالی
- ✓ حق بیمه سهم خویش فرما
- ✓ سرمایه کاربلا عوض
- ✓ کمک هزینه مهارت آموزی شغلی

۲. اشتغال کارفرمایی

- ✓ تسهیلات کارفرمایی
- ✓ حق بیمه سهم کارفرما
- ✓ کمک هزینه ارتقای کارایی
- ✓ ارجاع به مراکز پشتیبانی شغلی
- ✓ کارفرمایی بدون دریافت مشوق حمایتی
- ✓ معافیت مالیاتی

۳. سهام دار تعاونی