|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1 | | | | |  | | | | | | | |
| 专项（项目）资金绩效目标申报表 （ 2020 年度） | | | | | | | | | | | | |
| 填报单位（盖章）： | | | | | | |  | | | | | |
| 基本 情况 | | 名称 | | | | | 社保补贴窗口工作经费 | | 类别 | 专项资金□ | | 项目资金√ |
| 主要内容 | | | | | 拨付市本级就业困难人员灵活就业后的社会保险补贴；拨付公益性岗位人员的社会保险补贴；办理企业招用就业困难人员和公益性岗位的社会保险补贴。 | | | | | |
| 实施单位 | | | | | 邵阳市公共就业和人才服务局 | | | | | |
| 单位责任人 | | | | | 曾玉娥 | | | | | |
| 属性 | | | | | 经常性□ 一次性□ 新增□ 延续√ | | | | | |
| 立项依据 | | | | |  | | | | | |
| 资金总额及 构成 | | | | | 项目投资总额： 8 万元。其中本年专项（项目）资金 8 万元（1.中央财政 万元，2.省级财政 万元，3.市级财政 8万元，4.其它资金 万元）。 | | | | | |
| 必要性和可行性论证结论 | | | | | 根据《湖南省人民政府办公厅关于转发省劳动保障厅等部门（湖南省就业和失业登记管理试行办法）等9个文件的通知》（湘政办发（2009）34号）、《邵阳市人民政府关于印发（市区内市属国有困难企业职工养老保险和住院医疗保险补贴实施办法）的通知》（市政发（2007）13号）、《关于印发（邵阳市下岗再就业社会保险补贴的有关规定）的通知》（邵市劳社字（2006）99号）等文件精神规定。 | | | | | |
| 实施进度计划 | | 实施内容 | | | | | 开始时间 | | | 完成时间 | | |
| 1、灵活就业人员社会保险补贴 | | | | | 2020.1.1 | | | 2020.12.31 | | |
| 2、公益性岗位社会保险补贴 | | | | | 2020.1.1 | | | 2020.12.31 | | |
| 3、企业招用就业困难人员和公益性岗位人员社会保险补贴 | | | | | 2020.1.1 | | | 2020.12.31 | | |
| 长期绩效目标 | | 深入实施就业优先战略，积极拓展和规范灵活的就业形式，鼓励劳动者多渠道就业，鼓励企业招纳就业困难人员就业。 | | | | | | | | | | |
| 年度 绩效 目标 | | 按规定做好社会保险补贴工作，确保全市就业工作，确保城镇登记失业率控制在4.5%以内。 | | | | | | | | | | |
| 年度绩效指标 | | 产 出 指 标 | | | 指标类型 | | 指标内容 | | | 指标值 | | |
| 数量指标 | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |
| 质量指标 | | 拨付社保补贴 | | | 每季度按时拨付，补贴金额准确。 | | |
|  | | |  | | |
| 时效指标 | | 每季度拨付 | | | 接到签字盖章的社保补贴申请表10个工作日内拨付到位。 | | |
|  | | |  | | |
| 成本指标 | | 支出按照预算安排执行 | | | 8万元 | | |
|  | | |  | | |
| 年度 绩效 指标 | | 效 益 指 标 | | | 指标类型 | | 指标内容 | | | 指标值 | | |
| 经济效益 | | 稳定和促进就业 | | | 助力全市经济发展 | | |
|  | | |  | | |
| 社会效益 | | 促进社会和谐稳定 | | | 促进就业困难人员就业和稳岗 | | |
|  | | |  | | |
| 环境效益 | |  | | |  | | |
|  | | |  | | |
| 可持续影响 | | 促进就业困难人员参加社会保险 | | | 帮助就业困难人员及时接续社保保险，从而实现老有所养，病有所医。 | | |
|  | | |  | | |
| 服务对象 满意度 | | 群众对社保补贴申请办理发放满意 | | | 群众满意 | | |
|  | | |  | | |
|  | | |  | | |
| 需要说明的问题 | |  | | | | | | | | | | |
| 财政部门审核 意见 | | 对口业务科室审核意见 | 审核意见：     审核人： 科室负责人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 绩效管理科室审核意见 | 审核意见：     审核人： 科室负责人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | |