

**衡阳市人力资源和社会保障局
衡阳市财政局
衡阳市发展和改革委员会
国家税务总局衡阳市税务局**

文件

衡人社发[2020]18号

**衡阳市人力资源和社会保障局衡阳市财政局衡
阳市发展和改革委员会国家税务总局衡阳市
税务局关于开展 2020 年度衡阳市本级
稳岗返还困难企业认定工作的通知**

市本级各失业保险参保单位：

根据《湖南省人民政府办公厅关于印发〈应对新冠肺炎疫情影响进一步做好稳就业工作十六条措施〉的通知》（湘政办发[2020]20号）、《湖南省人力资源和社会保障厅湖南省财政厅关于进一步做好失业保险稳岗返还工作的通知》（湘人社规

[2020]13号)规定,现就我市本级2020年度稳岗返还困难企业认定有关事项通知如下:

一、认定范畴

本文所指的困难企业是在我市行政区域范围内工商注册登记、且在衡阳市本级参加失业保险、出现暂时性经营困难且恢复有望的企业(以劳务派遣业务为主的企业不纳入认定范畴)。

二、认定条件

(一)根据湘政办发[2020]20号文件相关规定,市本级确定企业裁员率上限为3.65%(2019年城镇登记失业率)。企业裁员率可按2019年度参保职工减少人数或领取失业保险金人数与2019年参保职工人数比较确定。两种方式计算出的企业裁员率只要一个低于市本级确定的上限,即可申请困难企业稳岗返还。其中,对于用领取失业保险金人数计算出裁员率低于市本级控制线的单位,还需满足2019年度参保职工减少人数不超过单位参保职工总数的20%,才可申领困难企业稳岗返还。

(二)认定困难企业时,主要审核企业净利润情况,企业净利润指标需具备以下两个条件之一:2019年10月至2020年6月,企业连续6个月亏损;企业2019年度净利润较2018年度下降超过40%。

(三)近三年在社会信用系统中无失信记录。

三、认定程序

市本级困难企业认定部门为市人力资源和社会保障局、市财政局、市发展和改革委员会、国家税务总局衡阳市税务局。认定程序如下：

（一）企业申请。2020年9月1日至9月30日，企业自愿向市人力资源和社会保障局提出书面申请，按要求填写申请表格，报送以下资料：1.2020年度衡阳市本级困难企业认定申请审核表；2.经有资质的会计师事务所审计的2018年度、2019年度财务报表审计报告；3.2019年10月至2020年6月每个月的财务报表审计报告；4.2020年1-6月财务审计报告（以上财务报告原件复印件各一套，加盖单位公章，装订成册）。

（二）部门联合认定。市人力资源和社会保障局负责受理企业申请，审核申报企业稳岗返还条件；市失业保险经办机构负责核实申报企业依法参保缴费、裁员等情况，核定企业裁员率和返还金额；市发展和改革委员会负责核实近三年在社会信用系统中有无失信记录；国家税务总局衡阳市税务局负责核实申报企业净利润指标情况；市财政局负责复核，做好资金拨付工作。

（三）公示。市本级认定困难企业后，由人力资源社会保障局在市人社官网上向社会公示，公示不少于5个工作日。

四、困难企业稳岗返还标准

经认定的困难企业，稳岗返还标准按不超过6个月当地月人均失业保险金标准和企业参加失业保险职工人数确定，返还资金从市本级失业保险基金列支。

企业稳岗返还资金从失业保险基金“稳岗补贴”科目中列支；困难企业稳岗返还从“其他支出”科目中列支。同一企业同一年度只能享受其中一项。

五、联系方式

市本级稳岗返还困难企业认定申请受理机构及联系方式：衡阳市人力资源和社会保障局就业促进与失业保险科，电话：0734-8867079。联系人：陈昌衡、张雪松、吴昭仪。地址：衡阳市华新开发区长湖街20号。北院704室。

附件：2020年度衡阳市本级困难企业认定申请审核表

衡阳市人力资源和社会保障局



衡阳市财政局



衡阳市发展和改革委员会



国家税务总局衡阳市税务局



2020年8月31日

附：

2020 年度衡阳市本级困难企业认定申请审核表

一、企业基本情况

企业名称			
注册地址			
法人代表姓名		联系电话	
联系人姓名		联系电话	
组织机构代码			
经营范围			

二、企业人员状况

失业保险 参保情况	2019 年年末参保人, 2019 年参保职工减少人, 裁员率 %; 2019 年领取失业保险金人, 2019 年参保职工减少人数占 2019 年单位参保职工总数的 %, 裁员率 %。
--------------	--

三、企业经营状况

纳税	2019 年 1-12 月万元, 2020 年 1-6 月万元。
净利润	1、2018 年万元, 2019 年万元, 净利润下降 %; 2、2019 年 10 月-2020 年 6 月, 分别为万元、万元、万元、万元、万元、万元、万元、万元 (连续 6 个月亏损)。

四、承诺声明

本表所填内容及所提交的财务报表不含任何虚假成份，否则，法律后果由本企业承受，特此声明。

法定代表人签字：单位公章
年月日

五、审核认定情况

失业保险经办机构审核意见	经审核,该申报企业 2019 年 ☐ 已缴纳 ☐ 未缴纳失业保险费。企业 2019 年年末参保人、2019 年参保职工减少人, 2019 年领取失业保险金人, 裁员率%。 ☐ 符合 ☐ 不符合困难企业认定条件。 经办人: (盖章) 2020 年月日
市发展改革部门审核意见	经审核, 该申报企业 ☐ 符合 ☐ 不符合困难企业认定条件。 经办人: (盖章) 2020 年月日
市税务部门审核意见	经审核, 该申报企业 ☐ 符合 ☐ 不符合困难企业认定条件。 经办人: (盖章) 2020 年月日
市人社部门审核意见	经审核, 该申报企业 ☐ 符合 ☐ 不符合困难企业稳岗返还条件。 经办人: (盖章) 2020 年月日
市财政部门复核意见	经办人: (盖章) 2020 年月日