

湖北省残疾人联合会办公室

鄂残联办函〔2017〕67号

关于印发《湖北省培育残疾人技术能手活动 实施方案（试行）》的通知

各市、州、县残联：

现将《湖北省培育残疾人技术能手实施方案（试行）》印发给你们，请结合工作实际，认真贯彻执行。

（联系人及电话：陈晓华，027-87277256，邮箱：
1041579566@.com。）



湖北省培育残疾人技术能手活动方案

（试行）

为深入贯彻落实《湖北省残疾人就业规定》和《湖北省残疾人事业“十三五”发展规划纲要》以及关于加强技能人才培养的一系列文件精神，引导和激励广大残疾人学知识学技能，通过知识改变命运，技能提升素质，加强我省残疾人技能人才培养建设，鼓励和促进残疾人就业创业，发挥残疾人技能人才在促进经济社会发展中的有力作用。省残联决定在全省开展培育残疾人技术能手活动，制定本方案。

一、任务目标

到2020年，在全省范围内培育3000名残疾人技术能手。每年培育1000名残疾人技术能手并给予适当资金扶持。

二、培育对象

技术能手是指在生产和服务等领域岗位一线，掌握专门知识和技术，具备一定的操作技能，并在工作实践中能够运用自己的技术和能力进行实际操作的人员，是人才队伍的组成部分，是技术人员队伍的骨干。

残疾人技术能手培育对象是指湖北省籍处于就业年龄段、在省内各行业领域(含文艺、体育)具有一定专业技能和技术专长并在同行业中有一定影响的城乡残疾人。

三、培育条件

（一）遵纪守法，思想品德好，具有良好职业道德，无任何

不良记录。

（二）湖北省籍处于就业年龄段的残疾人。

（三）具有一定专业技能和技术专长并在同行业中有一定影响。

（四）从事多种形式就业，在就业创业等方面表现突出，获得过相关技术职称或相关荣誉的优先考虑（附相关佐证资料）。

（五）实现相对稳定就业 6 个月以上（残疾人文艺、体育领域除外）。

四、申报程序

采取自下而上，逐级申报，择优推荐方式进行。

（一）**个人申报**。“湖北省残疾人技术能手”由乡镇（街道）残联组织符合条件的残疾人填写“湖北省残疾人技术能手申报表”（附件 2），乡镇（街道）残联负责核实并上报县（市、区）残联。

（二）**县级初核**。县（市、区）残联根据乡镇（街道）残联申报材料按照培育对象、培育条件和分配名额进行筛选。初筛后推荐申报到市州级残联。

（三）**市州汇总**。市州残联将经过县级残联初核符合条件的材料汇总，填写“湖北省残疾人技术能手汇总表”（附件 3）并加盖公章于当年 5 月 31 日前分别以电子版和纸质版报送省残联教就处。

（四）**省级审定**。省残联组织人员对各地上报的残疾人技术能手进行审定、公示并发文通报。

五、扶持措施

（一）**给予资金扶持**。省残联对各地申报获批的“湖北省残疾人技术能手”给予每名 2000 元的一次性资金扶持。

（二）加强资金管理。严格残疾人技术能手扶持资金审核发放工作。省级按程序通过对下转移支付将补贴资金下拨各县市，由县（市、区）残联将补贴资金以转账方式拨付残疾人技术能手个人账户并留存拨付凭证。市（州）、县（市、区）残联要专款专用，建立资金使用台账，健全档案资料。市州残联负责督促落实。省残联加强项目监管，负责随时抽查项目落实情况。

六、工作要求

（一）高度重视，精心组织。各地残联要对此项工作予以高度重视，认真学习领会文件精神，及时部署，精心组织，保证此项工作顺利实施。

（二）摸清底数，分步实施。各地要严格按照分配的任务（附件1），依据培育对象培育条件，广泛开展调研，切实摸清底数，引导和鼓励残疾人学知识学技能，建立残疾人技能人才信息档案，为完成每年度残疾人技术能手培育任务做好准备工作。

（三）严格标准，严格把关。各地要严格按照培育条件，对被推荐的对象逐项审查核实，力求客观真实。残疾人技术能手不得重复申报。

附件：1、湖北省残疾人技术能手年度任务分配表

2、湖北省残疾人技术能手申报表

3、湖北省残疾人技术能手汇总表

附件 1

湖北省残疾人技术能手年度任务分配表

序号	地 区	任务数（人）	资金（万元）
1	武汉市	100	
2	襄阳市	90	
3	宜昌市	90	
4	黄石市	60	
5	荆州市	80	
6	十堰市	80	
7	孝感市	70	
8	荆门市	70	
9	鄂州市	40	
10	黄冈市	80	
11	咸宁市	70	
12	随州市	50	
13	恩施州	80	
14	仙桃市	10	
15	潜江市	10	
16	天门市	10	
17	神农架林区	10	
18	总 数	1000	
备注：年度任务数根据各地项目执行情况动态调整。			

附件 2

湖北省残疾人技术能手申报表

姓 名		性别		残疾人证号		学历	
联系地址							
单位（项目） 名 称				技能特长			
从业时间					联系电话		
个人事迹简介及所获荣誉（可另附页）：							
乡镇（街道）残联推荐意见：				县（市、区）残联初核意见：			
(公章) 年 月 日				(公章) 年 月 日			
省残联审核意见：							
(公章) 年 月 日							

（此表一式三份，乡镇（街道）残联、县（市区）残联、省残联各保存 1 份。此表可复制。）

湖北省残疾人技术能手汇总表

填报单位：

填报时间：

序号	姓名	性别	残疾类别及等级	残疾证号	家庭住址	联系电话	所在单位或从业岗位（技能特长）