

子洲县财政支出项目绩效自评报告

评价项目类型：项目实施过程评价 项目完成结果评价 ✓

自评项目名称：财政代扣残疾人就业保障金

自评项目单位：子洲县残疾人联合会

项目主管部门：子洲县残疾人联合会

项目单位法人代码：136108317552119573

评价工作组负责人：杜方东 (签章)

联系人：燕燕

联系电话：7558035

评价时间：2025 年 3 月 26 日

项目支出绩效自评表
(2024) 年度

项目名称	财政代扣残疾人就业保障金							
主管部门及代码	子洲县残疾人联合会			实施单位	子洲县残疾人联合会			
项目资金（万元）		年初预算数	全年执行数	全年执行率	分值	执行率	得分	
	年度资金总额	10	10	0.00	10	0.00	0	
	其中：财政拨款	10	10	100.00	—	100.00		
	其他资金			0.00	—	0.00		
年度总体目标	预期目标				实际完成情况			
	全面提高残疾人就业服务水平				扶持 1 个残疾人就业基地。慰问了残疾人 60 人。			
绩效指标	一级指标	二级指标	三级指标	年度指标值	实际完成指	分值	得分	未完成原因分析
	产出指标	数量指标	辐射带动残疾人就业人数	≥500 人	500	12.5	12.5	
		质量指标	提高残疾人就业机率	>=85%	85%	12.5	12.5	
		时效指标	项目完成时效	2024 年 12 月底前	2024 年 12 月	12.5	12.5	
		成本指标	预算控制数（万）	10 万	10 万	12.5	12.5	
	效益指标	社会效益指标	关爱残疾人就业率	明显提高	明显提高	30	30	
	满意度指标	服务对象满意度指标	服务对象满意度（%）	>=95%	96%	10	10	
	总分					100	90	

一、项目概况

（一）项目基本情况、建设内容

项目基本内容：

（二）项目目标

扶持残疾人就业基地、慰问残疾人。

2024 年专项业务经费（项目）绩效完成表

项目名称		财政代扣残疾人就业保障金				
主管部门		子洲县残疾人联合会				
资金金额		年度资金总额	10			
		其中：财政拨款	10			
		其他资金				
年度目标		年初设定目标			全年实际完成情况	
		全面提高残疾人就业服务水平			扶持 1 个残疾人就业基地。 慰问了残疾人 60 人。	
年度绩效指标	一级指标	二级指标	三级指标	年度指标值	实际完成指	未完成原因分析
	产出指标	数量指标	辐射带动残疾人就业人数	≥500 人	500	
		质量指标	提高残疾人就业机率	≥85%	85%	
		时效指标	项目完成时效	2024 年 12 月底前	2024 年 12 月	
		成本指标	预算控制数（万）	10 万	10 万	
	效益指标	社会效益指标	关爱残疾人就业率	明显提高	明显提高	
	满意度指标	服务对象满意度指标	服务对象满意度（%）	≥95%	96%	

二、项目资金使用及管理情况

（一）项目资金

该项目共下达预算资金 10 万，实际使用 10 万元，结余资金年末财政全部核减，实际无结余。

（二）财政资金实际使用情况分析

该项目资金全部用于财政代扣残疾人就业保障金，共计支出 10 万元。

（三）资金实际执行、管理情况分析

项目在实施过程中严格执行单位的项目管理制度，资金支付严格遵守资金文件，不存在任何资金的挤占挪用现象。支付过程严格遵守本单位财务审批程序。

（四）项目资金主要用于以下方面：

支付日期	资金性质	用途	支付金额（万元）
2024 年 4 月至 10 月	财政拨款	1、扶持残疾人就业基地，2、慰问残疾人。	10

合计	10
----	----

三、项目评价及绩效分析

（一）项目绩效目标完成情况及绩效结果分析

该项目绩效自评满分 100 分，自评总得分 90 分，属于“优”等级。具体情况为：

- (1)该项目年初预算 10 万元，全年执行数 10 万元，执行率为 100%，共 10 分，得 10 分。
- (2)产出指标:1、扶持残疾人就业基地，2、慰问残疾人。实际扶持 1 个残疾人就业基地。慰问了残疾人 60 人，共 50 分，得 50 分。
- (3)社会效益指标：关爱残疾人就业率提高，实际关爱残疾人就业率有效提高，共 20 分，得 20 分。
- (4)服务对象满意度：指标满意度 95%，完成 96%，共 20 分，得 20 分。

（二）项目资金调整情况

项目无资金调整情况。

（三）项目管理情况

项目在实施过程中严格按照单位工作方案要求，有步骤有分工有序开展进行。

四、存在问题与改进措施

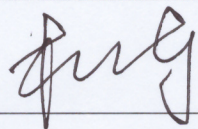
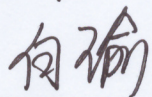
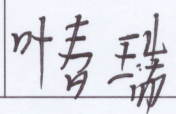
(一) 存在问题:

无

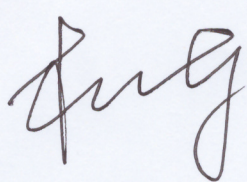
(二) 改进措施:

无

五、自评小组

姓名	职称/职务	单位	签字
杜方东	理事长	子洲县残疾人联合会	
白瑜	副理事长	子洲县残疾人联合会	
叶春瑞	服务中心主任	子洲县残疾人联合会	

项目单位（中介机构）负责人（签字并盖章）：



2025年3月26日