

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：残疾人事业经费

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	残疾人事业经费							
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	100.00	10	100.00	10	
	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			
	开展残联各项业务，更好的为残疾人服务，提高残疾人满意度				慰问 35 人，发放宣传册 20000 册，宣传日水杯发放 600 包，宣传日抽纸发放 6000 抽，村专委下乡 20 次。			
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	开展宣传活动次数	2 次	2	12.5	12.5	
		质量指标	活动开展成功率（%）	≥98%	98%	12.5	12.5	
		时效指标	宣传活动开展及时率	=100%	100%	12.5	12.5	
		成本指标	开展宣传活动单次成本	≤5 万元	5 万元	12.5	12.5	
	效益指标	社会效益指标	提高对于残疾方面知识	有效提高	有效提高	30	30	
	满意度指标	服务对象满意度指标	群众满意度（%）	≥95%	96%	10	10	
	总分					100	100	

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

- 1、“助残日”“爱眼日”“爱耳日”“精神病预防日”“残疾预防日”的宣传，提高人们残疾预防意识。
- 2、慰问残疾人发放物品，保障残疾人基本生活水平。
- 3、村残疾人专职委员下乡合同签订。

2024 年专项业务经费（项目）绩效完成表

项目名称		残疾人事业经费				
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	
		开展残联各项业务，更好的为残疾人服务，提高残疾人满意度			慰问 35 人,发放宣传册 20000 册，宣传日水杯发放 600 包，宣传日抽纸发放 6000 抽，村专委下乡 20 次。	
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	开展宣传活动次数	2 次	2	
		质量指标	活动开展成功率（%）	>=98%	98%	
		时效指标	宣传活动开展及时率	=100%	100%	

	成本指标	开展宣传活动单次成本	≤5 万元	5 万元	
效益指标	社会效益指标	提高对于残疾方面知识	有效提高	有效提高	
满意度指标	服务对象满意度指标	群众满意度（%）	≥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残疾人事业经费，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 12 月	财政拨款	残疾人事业经费	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与绩效结果分析

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:用于残疾人事业经费，实际用于残疾人事业经费，共 60 分，得 60 分。
- (3)社会效益指标：提高关爱残疾人氛围，实际关爱残疾人氛围有效提高，共 10 分，得 10 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

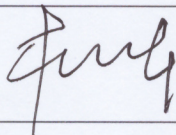
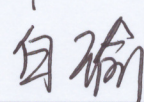
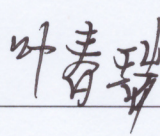
(一) 存在问题:

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）:



2015年3月26日