

2024년 경기도 사회적기업 사회보험료 지원사업 참여기업 모집 공고

「사회적기업 육성법」 제13조 제2항 및 「경기도 사회적경제 육성 지원에 관한 조례」 제9조, 에 따라 사회적기업의 자립기반 조성을 위해 「2024년 사회적기업 사회보험료 지원사업」 참여기업을 아래와 같이 모집 공고합니다.

2024. 2. .
경 기 도 지 사

I 사업개요

1. 사 업 명 : 2024년 사회적기업 사회보험료 지원사업
2. 참여대상 : 경기도내 주사무소가 소재하고 고용노동부장관이 인증한 사회적기업
3. 참여제외 대상
 - 부정수급으로 적발되어 보조금법 상 수행배제 또는 지급제한 기간 중에 있는 기업
 - 유급근로자(자체고용근로자)를 1인 이상 고용하지 않은 기업
 - 국가 또는 자치단체로부터 사회보험료의 일부·전부를 지원받은 기업
 - * 정부지원금과 관계없이 사업주와 근로자간 근로계약을 통하여 임금이 결정되는 바우처 제공기관, 장기요양보험기관은 중복지원이라 볼 수 없음
 - 영업활동과 관련하여 법령 위반으로 사회적 물의를 일으킨 경우
4. 지원제외 대상
 - 대표자·등기임원 및 대표자·등기임원의 친족 중 아래에 해당하는 자
 - ① 대표자·등기임원의 배우자
 - ② 대표자·등기임원의 형제자매

- ③ 대표자·등기임원의 직계존비속
- ④ 대표자·등기임원 배우자의 형제자매
- ⑤ 대표자·등기임원 배우자의 직계존비속

* 이해관계자가 참여하는 의사결정구조를 충족하기 위해 당해 사업참여기업의 지원대상 근로자가 등기임원이 된 경우는 지원가능하나, 그 근로자의 친족도 등기임원의 친족으로 지원 제한

○ 사회보험 중 어느 하나라도 임의로 미가입된 자

- 국민연금 연령 제한 등 사회보험별 운영 정책에 따라 일부 보험가입이 제한되는 자는 적용되는 보험료에 한해 지원

* 만 65세 이상이라도 고용보험 의무가입대상이므로 가입 확인 후 지원

5. 지원내용

○ 지원한도 : 30명

○ 지원내용 : 4대 사회보험료 중 사업주 부담분 일부

- 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료 징수 등에 관한 법률」에 따른 고용보험료 및 산업재해보상보험료, 「국민건강보험법」에 따른 건강보험료* 및 「국민연금법」에 따른 연금보험료

* 「노인장기요양보험법」에 따라 건강보험공단에서 건강보험료와 노인장기요양보험료 징수

- 임금체불이나 보험료 체납 시 지원금 지급보류, 체불임금을 청산하거나 보험료를 납부 완료 후 소급하여 지원

○ 지원수준 : 기업 규모 및 업종과 관계없이 최저요율 기준으로 지원

* 고용보험 직업능력·고용안정 (0.25%), 산재보험 (0.6%)

- 근로자 임금을 기준으로 보험요율을 산정하는 경우에는 소정근로시간이 40시간인 근로자의 최저임금을 한도로 지원

* '24년 적용 시간급 최저임금 9,860원, 월평균 소정근로시간 209시간

- 4대보험 모두 가입 시 1인당 월 211,210원

· 고용보험은 1인당 월 23,690원(≒ 9,860원 × 209시간 × 1.15%)

· 산재보험은 1인당 월 12,360원(≒ 9,860원 × 209시간 × 0.6%)

· 건강보험은 1인당 월 82,430원(≒ 9,860원 × 209시간 × 4.0%)

· 국민연금은 1인당 월 92,730원(≒ 9,860원 × 209시간 × 4.5%)

① 만18세 미만 또는 만 60세이상으로 국민연금이 적용 제외되는 자는 고용·산재·건강보험료 (지원한도 118,480원)만 지원

② 만 65세 이상 취득으로 고용보험 중 고용안정·직업능력 보험료만 부담할 경우에는 고

용보험 해당부분·산재·건강보험료(지원한도 99,940원)만 지원

- ③ 고용보험 이중 취득으로 해당 사회적기업이 아닌 다른 사업장을 주된 사업장으로 고용 보험을 취득한 경우, 고용보험을 제외한 산재·건강·국민연금(지원한도 187,520원)만 지원

6. 지원기간

- 인증 받은 익월부터 지원이 가능하고, 지원기간은 해당사업의 지원개시일로부터 최대지원기간 4년* (* 4년은 지원개시일로부터 연속의 개념임)
 - ※ 연속 지원사업이 아니며, 예산 확보 여부에 따라 지원 중단될수 있음
- 지원금 신청은 소급금지를 원칙으로 함
 - 다만, 당해 회계연도 내에서만 소급신청가능

II 지원금 신청 · 접수

1. 접수기간 : 상시 접수 ('24. 2. 26. ~)

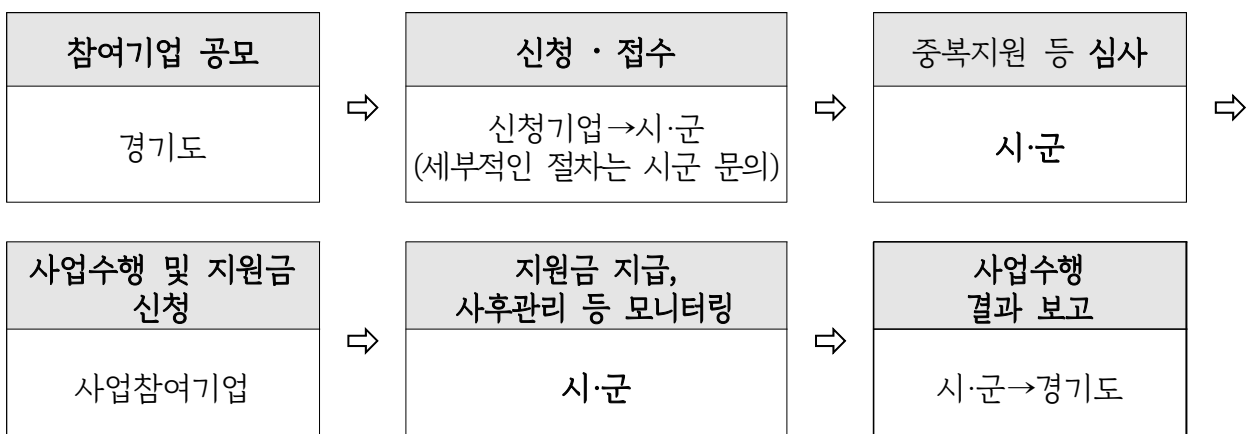
※ 각 시·군의 예산 범위 내에서 예산 소요에 따라 운영

2. 접수방법 : 온라인 접수 “사회적기업 통합정보시스템(www.seis.or.kr)을 통해 신청”

※ 서면접수 불가

- 기업은 사회적기업 통합정보시스템(SEIS)에 4대 사회보험 종류별 금액을 명확히 입력 하여 신청
- 시스템 문의 안내 : 사회적기업 통합정보시스템 고객센터 (☎ 1661-4006)

3. 지원절차



- 사업참여기업은 매월 보험료 납부 후 매월 15일까지 「지원금 신청서」를 작성하여 구비서류와 함께 시장·군수에게 제출

Ⅲ 제출서류

1. 사회적기업 사회보험료 지원 신청서 [붙임 제1호서식]
2. 사회보험료 납부 영수증 사본(계좌이체, 카드납부 내역, 4대보험 완납증명서 등)
3. 지원금 수령 통장 사본 1부(처음 신청 시, 통장 변경 시)
4. 월별 사회보험료 납부 내역서 1부
 - * 고용산재 개인별 부과지보험료, 국민연금보험료 결정내역서, 건강·장기요양보험 납부확인서, 기타 근로자성 판단 및 보험료 확인을 위하여 기초자치단체에서 요구하는 서류 등
5. 급여이체내역서 1부
 - * 객관적으로 확인 가능한 이체 내역
6. 법인등기사항전부증명서(말소사항 포함) 1부
7. 재정지원 자격확인 및 사업장 정보 수집·이용·제공에 관한 동의서(최초 제출시)
[붙임 제2호서식]
 - ※ 임금대장(자체 고용근로자 포함)은 시스템에 입력 또는 업로드 필요

Ⅳ 기타

1. 거짓 신청이나 기타 부정한 방법으로 지원금을 지원받은 경우 금액규모에 관계없이 약정해지되며 모든 재정지원사업에서 5년의 범위 내에서 지급제한됩니다. 아울러 반환해야 하는 보조금에 더하여 100~500% 이내에서 제재부가금을 추가로 납부해야 합니다.
2. 2024년 보조금 지원 관련 서류(회계서류 일체)는 5년간 보관하여야 하며 관계공무원이 확인 시 협조하여야 합니다.
3. 이 공고문에 명시되지 않은 사항에 대해서는 「2023년도 사회적기업 재정지원사업 업무지침」을 따르며, 기타 궁금하신 사항은 경기도 및 관할 시·군의 사회적기업 담당 부서로 문의하시기 바랍니다.

○ 사회적기업 담당부서

구 분	부 서	전화번호	구 분	부 서	전화번호
경기도	사회적경제육성과	8008-3583, 3587	광명시	사회적경제과	02)2680-6457
수원시	마을자치과	228-2274, 2354	하남시	일자리경제과	5182-1453
용인시	민생경제과	324-2228	군포시	자치분권과	390-0940
고양시	소상공인지원과	8075-3723, 3724	오산시	지역경제과	8036-7582, 7585
성남시	지역경제과	729-3662, 3663	양주시	일자리정책과	8082-6091, 6092
화성시	사회적경제과	5189-3107, 6057	이천시	일자리정책과	644-4197, 4198
부천시	일자리정책과	032)625-2703	구리시	산업지원과	550-2044
남양주시	일자리정책과	590-8906, 8908	안성시	일자리경제과	678-5454
안산시	소상공인지원과	481-2609, 2276	의왕시	자치행정과	345-2132
평택시	미래전략과	8024-3522	포천시	일자리경제과	538-4428
안양시	고용노동과	8045-2336, 2945	양평군	일자리경제과	770-2637
시흥시	일자리총괄과	310-6053	여주시	일자리경제과	887-2287
김포시	일자리경제과	980-2746, 2747, 2748	동두천시	일자리경제과	860-2368
파주시	일자리경제과	940-5071, 5073, 5093	과천시	복지정책과	02)3677-2462
의정부시	일자리정책과	828-2373	가평군	일자리경제과	580-2957
광주시	지역경제과	760-2671	연천군	지역경제과	839-2286

○ 경기권역 지원기관 : 공모진행 중

❖ 구비서류:

1. 사회보험료 납부 영수증 사본(계좌이체, 카드납부 내역)
2. 지원금 수령 통장 사본 1부(처음 신청 시, 통장 변경 시)
3. 월별 사회보험료 납부 내역서 1부
 - * 고용산재 개인별 부과지보험료, 국민연금보험료 결정내역서, 건강·장기요양보험 납부확인서, 기타 근로자성 판단 및 보험료 확인을 위하여 기초자치단체에서 요구하는 서류 등
4. 급여이체내역서 1부
 - * 객관적으로 확인가능한 이체 내역
5. 법인등기사항전부증명서(말소사항 포함) 1부
6. 재정지원 자격확인 및 사업장 정보 수집·이용·제공에 관한 동의서(최초 제출시)
 - ※ 임금대장(자체 고용근로자 포함)은 시스템에 입력 또는 업로드 필요

❖ 재정지원사업 참여관련 공통 공지사항

1. 국가에서 추진하는 재정지원 사업 참여와 관련하여 사업에 대한 만족도 조사 및 지원금의 적정한 지급여부, 관련제도 개선에 필요한 의견조사를 위해 사업참여기업 및 근로자의 전화번호(휴대폰번호)로 전화조사 또는 설문문을 실시할 수 있습니다.
2. 사업참여 제한 대상(사업참여기업 대표자·등기임원의 배우자, 형제자매, 직계존비속 및 그 배우자의 형제자매, 직계존비속)이 추후에 사업에 참여한 것으로 확인된 경우 부정수급으로 처리됩니다.
3. 거짓 신청이나 기타 부정한 방법으로 지원금을 지급받은 경우 금액규모에 관계없이 약정해지되며 모든 재정지원사업에서 5년의 범위내에서 지급제한됩니다. 아울러 반환해야 하는 보조금에 더하여 100~500% 이내에서 제재부가금을 추가로 납부해야 합니다.

❖ 작성방법

- 1) 사업분야 구분
 - ①교육 ②보건 ③사회복지 ④환경 ⑤문화·예술 ⑥보육 ⑦산림 보전 및 관리 ⑧가사 간병 ⑨문화재 보존 또는 활용관련 서비스 ⑩청소 등 사업시설관리 ⑪고용서비스 ⑫제조 ⑬유통 ⑭기타
- 2) 최초지원일
 - 예비사회적기업: 해당사업의 최초 체결한 지원약정서상 지원개시일
 - 인증사회적기업: 사회적기업 인증 후 해당사업의 최초 체결한 지원약정서 상의 지원개시일(사회적기업 인증 전 예비 자격으로 지원받은 내역도 작성)
- 3) 지원기간: 가장 최근에 지원받은 약정서상 지원기간
- 4) 지원연차: 가장 최근에 지원받은 지원연차
 - * 예시: 예비 1년, 예비 2년, 인증 1년, 인증 2년, 인증 3년
- 5) 중복지원여부: 중앙행정기관 및 지방자치단체로부터 동일하거나 유사한 재정지원을 받고 있을 경우에는 반드시 기재해야 합니다(허위 기재시 부정수급 처리 가능)
 - * 예시: 사회보험료지원(두루누리사업)을 받을 경우

[붙임 제2호서식]

재정지원 자격확인 및 사업장 정보 수집·이용·제공에 관한 동의서

1. 사업장 참여자격 및 자격유지 확인

(예비)사회적기업 일자리창출, 전문인력지원, 사업개발비, 사회보험료 지원사업에 참여하는 사업장의 참여자격 및 지원요건(고용조정, 고용유지조치, 보험료, 임금체불 등)여부를 확인하기 위한 것이므로, 거짓으로 작성할 경우에는 참여제한 등 불이익을 받을 수 있습니다.

1. 근로자가 4대보험에 누락없이 모두 가입되었나요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
2. 4대보험료 체납이 있나요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
3. 임금등 체불이 있나요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
4. 참여근로자중에 대표자 및 등기임원의 배우자, 형제자매, 직계존비속이나 그 배우자의 형제자매, 직계존비속이 있나요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
5. 중앙부처 또는 자치단체로부터 동일한 사유로 재정지원을 받고 있나요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
5-1. 지원근로자 중 대표자, 등기임원 친족 또는 그의 배우자의 친족 등 참여자격 제한자가 있는 경우 반드시 보고하여야 함을 아시나요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
6. 참여근로자중에 관련기업에서 퇴직한 자가 있나요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오
7. 참여근로자중에 등기임원이나 회원이 있나요	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니오

위 내용은 사실과 다름없음을 확인합니다.

* 사업참여 제한 대상(사업참여기업 대표자·등기임원의 배우자, 형제자매, 직계존비속 및 그 배우자의 형제자매, 직계존비속)이 추후에 사업에 참여한 것으로 확인된 경우 부정수급으로 처리한다.

대표자: (서명 또는 인)

2. 사업장정보 수집·이용·제공에 관한 동의서

(예비)사회적기업 일자리창출, 전문인력지원, 사업개발비, 사회보험료 지원에 참여하는 사업장의 사업장식별정보(사업자등록번호, 법인등록번호 등)를 포함한 사업장정보를 다음과 같이 전산망에 수집·관리하고 있습니다.

- 사업장정보의 수집·이용·목적: 참여자 선정·관리, 참여자 지원금 및 개인별 참여이력 관리, 4대보험 가입이력조회, 휴·폐업여부 조회, 임금체불 조회, 고용조정 또는 고용유지조치 실시여부등 지원요건 확인 등에 활용
- 수집하는 사업장정보 항목: 사업자등록번호, 법인등록번호, 전화번호(휴대폰)
- 사업장정보의 보유 및 이용기간: 전산망에서 수집 및 계속 관리
- 사업장정보의 제공: 타 법령 등에 의하여 실시되는 복지 및 일자리 사업과의 중복여부, 지원요건 충족확인 등 관리의 목적으로 제공

본인은 위의 내용에 따른 사회보험료 지원사업 참여·운영을 위해 사업장식별정보(사업자등록번호, 법인등기부등본 등)를 제공할 것을 동의합니다.

년 월 일

대표자

(서명 또는 인)

성 명	
주 민 등 록 번 호	-
전 화 번 호 (휴 대 폰)	