

中国肢残人协会

中国肢残人协会关于开展电商创业增收项目 第二期试点培训的函

各省、自治区、直辖市、新疆建设兵团肢残人协会：

为配合全国抗击新冠病毒肺炎疫情，探索通过电商平台助力解决残疾人居家创业、增收脱贫工作，2020年3月，中国肢协在湖北等18个省（市）“希望之家”金种子伤友中试点开展了助残电商创业增收暨阿里巴巴“淘小铺”一键开店创业项目（项目介绍：见附件1），项目得到了残疾人朋友欢迎并取得一定成效。应地方肢协及残疾人朋友的要求，中国肢协决定开展第二期培训工作。现将有关情况函告如下：

一、培训总人数

全国3000人。

二、培训人员分配

原则上每省、自治区、直辖市、新疆建设兵团各100人。

三、培训时间和方式

2020年5月18日至20日，采取线上微信群集中培训方式。

四、参训人员要求

(一) 持有中国残联统一印制下发的中华人民共和国残疾人证，具有民事行为能力；

(二) 爱党爱国、遵纪守法、敬业爱岗、诚信友善，具有社会责任感和创新精神；

(三) 各地“希望之家”伤友可优先考虑。

五、人员推荐

(一) 请报名单位推荐一名项目负责人，负责项目和参训人员管理，并与中国肢协接洽相关工作（见附件2）；

(二) 培训人员报名表由各省、自治区、直辖市、新疆建设兵团肢残人协会统一上报，均不接受个人报名和咨询（见附件3）。

六、培训内容

“淘小铺”如何注册、开店、选品、销售和盈利。

七、培训安排

(一) 采取以班级为单位线上培训及辅导的形式，各报名单位为一个班级，项目负责人为班长；

(二) 项目在线交流及答疑持续60天；

(三) 培训时间：每晚19:00—21:00；

(四) 阿里巴巴选派有经验的培训教师授课。

八、其他事项

(一) 请各报名单位充分重视此项工作，认真组织积极动员广大肢残人朋友参与培训；

(二) 请在 2020 年 5 月 15 日之前，将相关表格发至指定邮箱；

(三) 报名邮箱：27182431@qq.com、hbx0619@163.com。

九、联系人及电话

中国肢协：田 露 13501211533

韩宝霞 15810206112

唐占鑫 13910560336

谷晓燕 15830106767

附件：1 项目介绍

2 培训负责人登记表

3 报名表



附件 1：项目介绍

中国肢残人协会助残电商创业增收项目介绍

一、“淘小铺”项目背景

为深入贯彻落实习近平总书记关于残疾人事业重要指示、批示精神，助力残疾人如期实现脱贫攻坚目标，中国肢残人协会与阿里巴巴集团、北京长寿俱乐部养老服务中心共同发起“助残电商创业增收暨淘小铺电商平台”项目（以下简称“淘小铺”），进一步探索残疾人居家一键创业和弹性就业模式，为广大残疾人朋友提供全新的机遇。努力创建社会组织参与残疾人创业就业品牌形象，项目预计在三年内解决百万名残疾人就业创业问题。

二、“淘小铺”项目特点

（一）以阿里巴巴成熟的运营体系为支撑

如下图所示，“淘小铺”为阿里巴巴直营电商平台，拥有阿里巴巴最强大的供应链品牌体系、运营体系、交易保障体系、仓储物流体系等资源的有力背书和强大支撑，可保障项目合规合法、健康持久的稳定发展，进而保证了残友的收益最大化。

图示：

平台名称	归属	性质	供应链	产品	收益	创业	提现周期
淘小铺	阿里巴巴	导购	全球	优质	高	适合	30 天
拼多多	拼多多	拼团	国内	低端	无	不适合	----
京东芬香	小葱科技	导购	国内	中端	低	不适合	90 天

（二）“史上最低门槛”一键创业平台

残疾人希望注册成为“淘小铺”店主，无需费用，只需一个淘宝账户或者支付宝账户并完成实名（人）认证即可。一键将好物分享给他人后，只要有人下单，残疾人店主就可以获得一定的收益，没有成本，不需要操心发货，极为便利。

三、阿里集团对残疾人店主全力帮扶

（一）开店培训帮扶：平台邀请专业营销导师，精选优质培训课程，对入驻的残疾人店主进行全方位线上培训，指导帮助残疾人店主快速熟悉经营流程。

（二）返佣收益帮扶：“淘小铺”对残疾人采用“绿色通道”，给予直升掌柜的优惠待遇。残疾人店主可享受比普通店主高6-20%的高佣金收益。

（三）淘宝主播带货帮扶：平台联合淘宝明星和头部主播，帮助残疾人店主销售商品，通过名人和集群效应，帮助残疾人店主快速实现销售破冰直至销售利润增长。

（四）销售帮扶：为残疾人店主提供阿里供应链丰富的商品、快捷的配货支持。残疾人自己制作的商品也有机会进入到淘小铺营销商品的供应链系统。

（五）阿里集团公域流量帮扶：通过整合阿里集团旗下淘宝、天猫、咸鱼、聚划算、口碑网、蚂蚁金服等平台资源，在全网的营销活动中，更加广泛的推广、推荐残疾人的店铺。

附件 2：培训负责人登记表

项目负责人登记表

协会名称		姓名	
联系电话		微信号	

附件 3：报名表

报 名 表

报名地名称：

报名总人数：

序号	姓名	联系方式	残疾证号码	所在地区
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

培训班负责人签字：

填表日期： 年 月 日