**附表一**

|  |  |
| --- | --- |
| 身心障礙員工資料 | 申請單位資料 |
| 姓名 |  | 單位名稱 |  |
| 出生日期 | 年 月 日 | \*統一編號 |  |
| 身分證統一編號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請日期 |  年 月 日 |
| 障別等級 |  | 聯絡人 |  |
| 聯絡電話 |  | 聯絡電話 |  |
| e-mail |  | e-mail |  |
| \*在職年資 |  | 傳真電話 |  |
| 致障原因 |  | \*員工總人數 | 人 | \*雇用身障人數 | 人 |
| 教育程度 | □國小　□國中　□高中職□大學(專)　□研究所 | 本單位因雇用、訓練或服務身心障礙者、凝申請職務再設計改善**申請單位負責人簽章：** |
| \*擔任職務 |  |
| 月薪 |  |
| 工作/訓練地點 |  |
| 個人特質及工作/訓練內容 |  |
| 遭遇問題或期待改善事項 | **申請人簽章：** |
| 應檢附之證明文件 |
| 一、公、民營事業機構：□法人登記、商業登記或工廠登記等證明文件□身心障礙手冊或證明□身障者勞工保險證明文件□身障者最近一個月薪資所得證明二、政府機關、學校或公立就業服務機構：□身心障礙手冊或證明□身障者投保證明，公保者請附職員證件影本□身障者最近一個月薪資所得證明三、法人團體：□立案證書或法人登記證書影本□捐助章程或組織章程□身心障礙手冊或證明□身障者勞工保險證明文件□身障者最近一個月薪資所得證明 | 四、身心障礙自營作業者(依行業別檢附下列證明文件)：□身心障礙手冊或證明□營業登記證明文件□營業小客車駕駛人執業登記證明文件□按摩執業許可證明文件□地政士開業執照證明文件□公益彩卷傳統型及立即型彩卷經銷證明文件□其他業別之合法執業登記、營業登記、許可、執照、立案、核定、備查等證明文件五、公、私立職業訓練機構或政府委託辦理身心障礙者訓練之單位：□身心障礙者手冊或證明□課程表□主管機關核准辦理之公文書影本六、政府委託辦理身心障礙者居家就業服務之單位：□身心障礙者手冊或證明□居家就業服務計畫書□主管機關核准辦理之公文書影本 |
| 備註：一、申請單位如為公立職業訓練機構，免填加註\*號之項目二、申請單位有雇用意願，但尚未正式雇用，得先受理申請，惟應於雇用後補齊資料再給與核撥　　經費。三、如本案向二個以上機關提出申請補助，應列明全部經費內容，及向各機關申請補助之項目及　　金額。 |
| **書面審查結果：**□符合職務再設計申請資格，另行安排輔導委員或專案單位前往訪視。□不符合申請資格，原因：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**審核人員簽章：　　　　　　　　　　業務主管簽章：　　　　　　　　　日期：** |

**身心障礙者職務再設計補助申請書**

案件編號：

**附表一之一**

**身心障礙者職務再設計補助非自營作業者之個人申請書**

案件編號：

|  |  |
| --- | --- |
| 身心障礙者員工資料 | 服務單位資料 |
| 姓名 |  | 單位名稱 |  |
| 出生日期 |  | 統一編號 |  |
| 身分證統一編號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請日期 |  年 月 日 |
| 障別等級 |  | 聯絡人 |  |
| 聯絡電話 |  | 聯絡電話 |  |
| e-mail |  | e-mail |  |
| 在職年資 |  | 傳真電話 |  |
| 致障原因 |  | 員工總人數 | 人 | 雇用身障人數 | 人 |
| 教育程度 | □國小　□國中　□高中職□大學(專)　□研究所 | \*申請項目經受理單位評估涉需雇主同意者，應由申請人任職單位主管於本欄簽章。**單位主管簽章：** |
| 擔任職務 |  |
| 月薪 |  |
| 工作/訓練地點 |  |
| 個人特質及工作/訓練內容 |  |
| 遭遇問題或期待改善事項 |  |
| 應檢附之證明文件 |
| □身心障礙手冊或證明文件□身心障礙者勞工保險證明文件□身心障礙者最近一個月薪資所得證明 |
| 備注：倘申請人尚未正式受雇，得先受理申請，為應於受雇用後補齊資料再予核撥經費。 |
| **書面審查結果：**□符合職務再設計申請資格，另行安排輔導委員或專案單位前往訪視。□不符合申請資格，原因：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**審核人員簽章：　　　　　　　　業務主管簽章：**　　　　　　　日期： |

**附表一之二**

**身心障礙者職務再設計補助收支清單**

年　月　日

案件編號：　　　　　　　　　　　　　　　　　　受補助事業單位(個人)名稱：

|  |
| --- |
| **全案收入明細** |
| 各分攤機關名稱(含 自 籌 款) | 預算金額 | 實際收入金額 | 備注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |
| **全案支出明細** |
| 憑證編號 | 支出項目 | 核定補助金額 | 實際支出情形 | 補助經費分攤情形 | 備注 |
| 本機關補助金額 | ○○機關補助金額 | 視業單位(個人)自附金額 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |  |  |

填表說明:

 一、本清單請接受補助事業單位(個人)依原編列預算項目填列全家實際收入及支出，非僅填列本

　　　機關補助項目，如接受2個以上政府機關補助者，應列明各機關補助項目及金錢。

　二、受補助之單位(個人)申請支付款項時，應本誠信原則對所提出支出憑證之支付事實及真實性

　　　負責，如有不實，應附相關責任。

|  |
| --- |
| **受補助事業單位** |
| 經辦人員簽章 | 會計單位簽章 | 負責人簽章 |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **受補助個人簽章** |
|  |

附表二

**雇用單位優先運用調整工作方法、改善工作條件之補助審查表**

案件編號：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請單位 |  | 身心障礙員工姓名 |  |

一、職務再設計前(請詳述身心障礙員工之特色及所遭遇之就業問題)

|  |
| --- |
|  |

二、改善說明(請詳述工作方法調整或工作條件改善之流程及方式)

|  |
| --- |
|  |

三、職務再設計成效說明

|  |
| --- |
| （一）改善後之實用性（請詳述工作內容調整及工作條件改善是否切和個案需求、實用程度） |
| （二）改善後之效益性（指改善後所產生之有形或無形效益，且可量化評估之程度） |

**………………………………………以上說明由申請單位填寫……………………………………………**

四、審核結果

|  |
| --- |
| □同意補助，補助金額：□不予補助，原因： |

承辦人：　　　　　　　　　　　　　　　　　　業務主管：

**附表三**

**身心障礙者職務再設計諮詢紀錄表**

案件編號：

|  |
| --- |
| 一、諮詢日期：二、諮詢方式：□電話諮詢　　□職場諮詢三、來電者（或聯絡人）姓名及電話：四、來電者（或聯絡人）與身心障礙者之關係：□本人 □同事 □親屬 □朋友 □其他五、身心障礙員工及申請單位基本資料: |
| 身心障礙員工資料 | 申請單位資料 |
| 姓名： | 單位名稱： |
| 障別： | 電話： |
| 等級： | 地址： |
| 六、諮詢內容： |

承辦人：　　　　　　　　　　　　　　　　　　業務主管：

**附表四**

**身心障礙者職務再設計改善方案經被估算表**

案件編號：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請單位 |  | 身心障礙者姓名 |  |
| 聯絡人 |  | 聯絡電話 |  |
| 經費估算：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 單位 | 單價 | 數量 | 金額 | 備註（請助名補助項目是否屬本計畫所定得申請勞政及社政經費共同分擔補助經費之項目） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

合計：新臺幣＿＿＿＿＿＿＿＿＿元 |

　　備註：

一、地方政府應就職務再設計改善方案先與申請單位提出經費需求，必要時得請輔導委員或專案單

　　位協助。

二、職務再設計改善方案經費估算後，應交由輔導委員於審查會中審查。

　　承辦人：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　　業務主管：＿＿＿＿＿＿＿＿

**附表五**

**身心障礙者職務再設計訪視評估與建議表**

訪視日期：　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　案件編號：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請單位 |  | 身心障礙者姓名 |  |
| 訪視人員 |  |
| 一、職場就業問題診斷與分析（如：案主特性、工作內容、工作流程問題、其他···） |
| 二、協助輔導策略及建議改善方案（一）建議改善方視：□改善職場無障礙環境　□改善工作設備或機具　□提供就業輔具□改善工作條件　　　　□調整工作方法□建議轉介職務再設計專案單位進行改善，原因：（二）建議改善內容： |
| 承辦人 |  | 業務主管 |  | 輔導委員簽章 |  |

　備註：

　一、地方政府視個案情形，安排適當之輔導委員或專案單位實地訪視。

　二、地方政府應至少邀請三位輔導委員，就職務再設計改善方案、金額、輔具是否回收在利用等

　　　進行審查。

**附表五之一**

**重度肢體障礙者或含肢體障礙之多種障礙者職場人力協助需求篩檢表**

訪視日期: 年 月 日 案件編號:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請單位 |  | 訪視人員 |  |
| 身心障礙者姓名 |  | 障別等級 |  |
| 工作職稱 |  | 職務內容 |  |
| 一、職場就業問題診斷與分析(如:案主特性、工作內容、工作流程問題、其他….) |
| 二、人力協助需求及改善策略分析(一)職務所需核心工作能力:(二)與工作支持相關之人力需求協助(包括需求內容與需求時間):□協助處理工作流程中之必要庶務(例如設備操作):□協助身心障礙員工職場中之必要活動(例如會議、訓練協助):□協助身心障礙員工出差時之交通或活動: □其他: (三)改善策略分析:□無法運用職場自然支持者提供協助□無法運用調整工作內容或工作方法改善□無法運用就業輔具改善□無法運用調整工作機具或設備改善□無法運用無障礙環境改善□其他: 三、建議改善方式:□所需人力協助內容非屬該職務之核心工作，可提供下列服務:1.□提供手語翻譯服務2.□提供視力協助服務3.□提供同步聽打服務4.□提供職場中之交通、溝通、與工作相關之會議或活動參與之協助:　　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿5.□其他:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　□所需非與工作支持相關之協助，可轉介設政資源提供生活照顧（個人助理）協助 |
| 承辦人 |  | 業務主管 |  | 輔導委員簽章 |  |

備註：

一、地方政府視個案情形，安排適當之輔導委員或專案單位實地訪視。

二、地方政府應至少邀請三位輔導委員，就職務再設計改善方案、補助項目、金額、輔具是否回收

　　在利用等進行審查。

**附表六**

**職務再設計專案單位接案紀錄表**

專案單位: 接案日期:

|  |  |
| --- | --- |
| 身心障礙者資料 | 雇用單位資料 |
| 姓名 |  | 單位名稱 |  |
| 障別等級 |  | 聯絡電話 |  |
| 訪視評估日 期 | 訪視人員 | 個案現況、困難及需求 | 評估建議、改善方式或試用情形 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

填表人:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 填表日期:\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日

業務主管:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**附表七**

**身心障礙者職務再設計服務成果報名表**

填表單位: 案件編號:

|  |  |
| --- | --- |
| 身相障礙者資料 | 申請單位資料 |
| 姓名 |  | 單位名稱 |  |
| 障別等級 |  | 連絡電話 |  |
| 一、職務再設計改善方案(含輔助項目及金額) |
| 二、方案效益評估 |
| 三、追蹤與結論 |

備註: 一、所補助之機具、設備、器材屬於資本門者，須標示該年度「就業安定基金預算補助

 購置」之字樣或標籤，並檢附照片黏貼於背面留存所轄地方政府。

 二、請依案例提供2~4張可彰顯職務再設計前後之照片或圖片。

填表人:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 填表日期:\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日

業務主管:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_