

高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心
辦理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：

身心障礙員工資料										服務單位資料				
姓名	陳 〇 〇									單位名稱	高雄市 〇〇 區公所			
出生日期	60 年 08 月 07 日									統一編號	12345678			
身分證字號	E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	申請日期	104 年 0 月 0 日		
障別等級	障別：視覺障礙 等級：重度									連絡人	姓名：王 〇〇 職稱：人事主任			
聯絡電話	07-xxx-xxxx									聯絡電話	321-XXXXXX			
e-mail	0000@Gmail.com									e-mail	0000@Gmail.com			
在職年資	3 年 6 個月									傳真電話	000-0000			
致障原因	先天									員工總人數	108 人	*僱用身障人數	4 人	
教育程度	<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input checked="" type="checkbox"/> 大學(專) <input type="checkbox"/> 研究所									*申請項目經受理單位評估涉需僱主同意者，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	辦事員													
月薪	30000 元 / <input checked="" type="checkbox"/> 月薪 <input type="checkbox"/> 日薪 <input type="checkbox"/> 時薪													
工作/訓練地點	高雄市 〇〇 區 〇〇 路 〇〇〇 號													
個人特質及工作/訓練內容	障礙情形：視網膜黃斑病變，導致視覺障礙。 工作內容：辦理租約業務及長官交辦事項。													
遭遇問題或期待改善事項	遭遇問題：現有攜帶式擴視機螢幕畫面過小，無法清楚快速處理紙本資料及公文。 期待改善項目：更換較大螢幕擴視機或更適合機型。													
應檢附之證明文件														
<input checked="" type="checkbox"/> 身心障礙手冊或證明 <input checked="" type="checkbox"/> 身心障礙者勞工保險證明文件 <input checked="" type="checkbox"/> 身心障礙者最近一個月薪資所得證明														
備註：倘申請人尚未正式受僱，得先受理申請，惟應於受僱用後補齊資料再予核撥經費。														
書面審查結果： <input type="checkbox"/> 符合職務再設計申請資格，單純申請手語翻譯、視力協助服務，不另安排輔導委員前往訪視。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 不符合申請資格，原因：_____														
審核人員簽章：			業務主管簽章：						日期：					