

身心障礙者職務再設計補助申請書

案件編號：

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										連絡人					
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	* 僱用身障人數		人
教育程度					<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大學(專) <input type="checkbox"/> 研究所					本單位因僱用、訓練或服務身心障礙者，擬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： <input type="checkbox"/> 法人登記、商業登記或工廠登記等證明文件 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊或證明 <input type="checkbox"/> 身障者勞工保險證明文件 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊或證明 <input type="checkbox"/> 身障者投保證明，公保者請附職員證件影本 <input type="checkbox"/> 身障者最近一個月薪資所得證明 三、法人團體： <input type="checkbox"/> 立案證書或法人登記證書影本 <input type="checkbox"/> 捐助章程或組織章程 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊或證明 <input type="checkbox"/> 身障者勞工保險證明文件 <input type="checkbox"/> 身障者最近一個月薪資所得證明							四、身心障礙自營業者（依行業別檢附下列證明文件）： <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊或證明 <input type="checkbox"/> 營業登記證明文件 <input type="checkbox"/> 營業小客車駕駛人執業登記證明文件 <input type="checkbox"/> 按摩執業許可證明文件 <input type="checkbox"/> 地政士開業執照證明文件 <input type="checkbox"/> 公益彩券傳統型及立即型彩券經銷證明文件 <input type="checkbox"/> 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職業訓練之單位： <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊或證明 <input type="checkbox"/> 課程表 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊或證明								

居家就業服計畫書

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、倘申請單位有僱用意願，但尚未正式僱用，得先受理申請，惟應於僱用後補齊資料再予核撥經費。

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：

附表一之一

身心障礙者職務再設計補助非自營作業之個人申請書

案件編號：

身心障礙員工資料										服務單位資料			
姓名										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										連絡人			
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	僱用身障人數	人
教育程度	<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大學(專) <input type="checkbox"/> 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													
<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊或證明 <input type="checkbox"/> 身心障礙者勞工保險證明文件 <input 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，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：				

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：

受補助人姓名：

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			備註
				勞工處 補助 金額	社會處 補助金額	個人自 付金額	
	合計						

填表說明：

- 一、本清單請接受補助人依原編列預算項目填列全案實際收入及支出，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額。
- 二、受補助人申請支付款項時，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，應負相關責任。
- 三、依原始憑證編號順序填列。

受補助個人簽章

附表二

僱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合個案需求、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：

附表四

身心障礙者職務再設計改善方案經費估算表

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 (請註明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聯繫並協助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，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）建議改善方式：			
<input type="checkbox"/> 改善職場無障礙環境 <input type="checkbox"/> 改善工作設備或機具 <input type="checkbox"/> 提供就業輔具 <input type="checkbox"/> 改善工作條件 <input type="checkbox"/> 調整工作方法			
<input type="checkbox"/> 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、補助項目、金

額、輔具是否回收再利用等進行審查。

- 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，可轉介社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、輔具是否回收再利用等進行審查。

--	--	--	--

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告表

填表單位：

案件編號：

身心障礙者資料		申請單位資料	
姓名		單位名稱	
障別等級		聯絡電話	
一、職務再設計改善方案（含補助項目及金額）			
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「新竹縣身心障礙者就業基金補助購置」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：_____

附表八

職場人力協助人員資格及補助標準表

類別	服務內容	應具備資格	補助標準	備註
手語翻譯服務	一般性會議、課程： 1. 會議或研討 2. 工作訓練 3. 涉及技術操作及測驗較複雜之面試 4. 其他	第一類： 符合下列資格之一並可提供證明文件者： 1. 有手語翻譯技術士證（合同等級）或領有手語翻譯員資格證明（合同等級）。 2. 經政府認可、補助或委辦手語翻譯專業訓練滿 200 小時並擔任手語翻譯服務滿 200 小時以上。 3. 擔任手語翻譯服務滿 400 小時以上。	1. 符合第一類資格者，每小時補助新臺幣（以下同）1,000 元；符合第二類資格者，每小時補助新臺幣 500 元。 2. 申請手語翻譯服務之個案，每人每月最高以補助 10 小時、每年不超過 120 小時為原則。如個案有特殊需求，可依實際狀況酌予增加補助時數。	甲、同等級指曾擔任手語翻譯員命題委員暨評審委員或取得手語翻譯技術士監評資格人員者。 乙、具備第一類資格之人員，得提供第二類服務。
	1. 簡易面談 2. 職場溝通及輔導	第二類： 符合下列資格之一並可提供證明文件者： 1. 經政府認可、補助或委辦手語翻譯專業訓練滿 200 小時擔任手語翻譯服務滿 100 小時以上。		

		2. 手語翻譯服務滿 200 小時。		
	職業訓練	符合第一、二類資格者	1. 公私立職業訓練機構或接受政府委託辦理職業訓練之單位辦理職業訓練招收聽、語障學員之班次或一般性融合式職業訓練班次，每班得編列手語翻譯員 1 名，其酬勞每半日最高以 1,500 元編列每日最高以 3,000 元編列。 2. 接受政府委託辦理職業訓練之單位，已於委託計畫編列職業訓練班手語翻譯服務費用者，應依該計畫補助項目支用，不得重複申請本計畫補助。	丙、手語翻譯及聽打服務時數逾 2 小時(含)以上者，得視實際需要由 2 名人員輪
聽打服務	1. 一般性會議、課程(會議或研討工作訓練、涉及技術操作及測驗較複雜之面試) 2. 簡易面談 3. 職場溝通及輔導 4. 職業訓練 5. 其他	1. 聽打服務員具備中文輸入達、70 字/分鐘，正確率 90% 以上。 2. 聽打服務員具備中文輸入達 80 字/分鐘，正確率 90% 以上。	1. 符合左列第一項資格者，每小時補助新臺幣 400 元。 2. 符合左列第二項資格者，每小時補助新臺幣 500 元。 3. 申請聽打服務之個案，每人每月最高以補助 10 小時、每年不超過 120 小時為原則如個案有特殊需求，可依實際狀況酌予增加補助時數。	

視力協助服務	職場協助	年滿 16 歲，且與被服務之身心障礙者無配偶與二等血親關係者但曾參加政府主辦或委辦之視力協助員訓練結訓者不在此限。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 每小時依中央勞工主管機關公告基本工資時薪補助。 2. 參加政府主辦或委辦之視力協助員結訓者，每小時最高得依中央勞工主管機關公告基本工資時薪加計 5% 補助。 3. 每人每月最高補助 60 小時，每年以不超過 360 小時為原則。 	
重度肢體障礙者或含肢體障礙之多重障礙者職場人力協助	提供職場中之交通陪同、溝通、與工作相關之會議、訓練或與工作職務相關之活動參與協助	須年滿 16 歲，且與被服務之身心障礙者無配偶與二等血親關係但曾參加政府主辦或委辦之教保員、訓練員、生活服務員、照顧服務員、家庭托顧服務員、臨時及短期照顧服務員及個人助理訓練結訓者不在此限。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 無參加政府主辦或委辦之教保員、訓練員、生活服務員、照顧服務員、家庭托顧服務員、臨時短期照顧服務員或個人助理相關訓練結業者，每小時依中央勞工主管機關公告基本工資時薪補助。 2. 已參加政府主辦或委辦之教保員、訓練員、生活服務員、照顧服務員、家庭托顧服務員、臨時及短期照顧服務員或個人助理相關訓練結業者，每小時最高得依中央勞工主管機關公告基本工資時薪加計 5% 補助。 3. 上述人力協助人員每人每月補助時數不得逾總工作時數 3 分之 1，每月最高補助 30 小時，每年以不超過 360 小時為原則。 	

新竹縣身心障礙者職務再設計服務滿意度調查表

您好：

為了解本縣身心障礙職務再設計實施現況，以提供未來更佳之服務，請您撥冗詳填本問卷，謝謝！

新竹縣政府 敬啟

受訪者	<input type="checkbox"/> 職務再設計申請單位 <input type="checkbox"/> 職務再設計使用者					
核定補助年/月：	填表人簽名：	填寫日期：				
調查內容	非常滿意	很滿意	尚可	不滿意	非常不滿意	不適用
1. 申請程序之便利性						
2. 申請回覆速度						
3. 職場訪視委員之專業素養 (若無安排委員實地訪視請勾選「不適用」)						
4. 本府承辦人員之服務熱忱						
5. 職務再設計所提供之協助符合實際需求						
6. 排除工作障礙與增進工作效能之程度						
7. 職場訪視時間之配合度 (若無安排實地訪視請勾選「不適用」)						
8. 感受到個別關懷之程度						

9. 宣導資料之完整性						
10. 宣導之普及性						
請您針對以上不滿意之內容詳細說明並提供建議：						

收 據

摘要	新竹縣身心障礙者職務再設計服務計畫補助款		
金額	新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整，NT\$		
上列款數已照數收訖此據			
新 竹 縣 政 府 台 照			
單位名稱			
印信			
統一編號			
負責人	(核章)		
會計	(核章)		
出納	(核章)		
地址			
銀行名稱 (含分行)			
銀行代碼		銀行帳號	
日期	中華民國 年 月 日		

※請附存摺封面影本

收 據			
摘要	新竹縣身心障礙者職務再設計服務計畫補助款		
金額	新臺幣 拾 萬 仟 佰 拾 元整，NT\$		
上列款數已照數收訖此據 新竹縣政府台照			
具領人姓名		身分證字號	
銀行名稱			
銀行代碼		帳號	
住址			
日期	中華民國 年 月 日		

※請附存摺封面影本