

職務再設計補助申請書(二)

申請個案資料表

案件編號：(由受理申請單位填寫)		申請日期：	
申請服務： <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中高齡者及高齡者 <input type="checkbox"/> 單側聽損者 <input type="checkbox"/> 因應貿易自由化就業協助 職務再設計			
個案區分資料	主要身分：(必填，單選) <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中高齡者 <input type="checkbox"/> 高齡者 <input type="checkbox"/> 原因應貿易自由化產業調整支援方案指定產業所屬事業單位之勞工 <input type="checkbox"/> 尚未取得身心障礙證明，經醫療院所確診為失智症者 <input type="checkbox"/> 劣耳聽力閾值在四十分貝以上，且與優耳聽力閾值相差二十五分貝以上，未取得身心障礙證明之單側聽損者 其他身分：(可複選，與主要身分不重複) <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中高齡者 <input type="checkbox"/> 高齡者 <input type="checkbox"/> 獨力負擔家計者 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 低收入戶或中低收入戶中有工作能力者 <input type="checkbox"/> 二度就業婦女 <input type="checkbox"/> 更生受保護人 <input type="checkbox"/> 家庭暴力受害人 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
個案類別	<input type="checkbox"/> 在職員工、在訓學員(雇主為員工、訓練單位為學員申請者勾選) <input type="checkbox"/> 受僱之個人(個人申請者勾選) <input type="checkbox"/> 自營作業者 <input type="checkbox"/> 居家工作者(身心障礙者居家就業服務勾選)		
個案姓名 (個人申請者， 需簽名或蓋章)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生年月日		國民身分證/居留證 統一編號	

服務單位/部門 (個人申請者，請填單位全 銜及所屬部門)		職稱	
個案聯繫方式 (個人申請者填列， 單位申請者免填)		電話： 手機(必填)： 地址： 電子郵件(必填)：	
到職日	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 <input type="checkbox"/> 其他_____	
實際工作地點			
屬身心障礙者填列		障別等級	
		致障原因	
聽力鑑定結果 (屬未取得身心障礙證明之 單側聽損者填列)		聽力閾值：劣耳 _____ 分貝、優耳 _____ 分貝；兩耳相差： _____ 分貝 其他註記： 註：本計畫適用標準與衛生福利部身心障礙鑑定基準有別，僅適用職務再設計服務申請。	
職務再設計申請內容			
1	是否申請 優先運用調整工作方法、改善工作條件 <input type="checkbox"/> 是(續填 2、4) <input type="checkbox"/> 否(續填 3、4)		
2	(1)	職務再設計前	(請詳述工作之特色及所遭遇之就業問題)
	(2)	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)
	(3)	職務再設計成效 說明	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)
	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)		
3	個人特質 及工作/訓練內容		

遭遇問題及期待經由 職務再設計改善事項	註：如屬身心障礙者需求為明確之 職場 人力協助事項且協助內容非屬職務核心工作(如面試溝通、會議及訓練協助等),請直接敘明,並請估列所需金額(應附明細)。
其他說明	

4	(1) 本次申請是否有另向本署或其他機關申請補助? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是(續填(2))										
	(2) 向其他機關申請補助內容:(如欄位不足可自行增列)										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="304 582 595 632">其他申請補助機關名稱</th> <th data-bbox="595 582 938 632">申請計畫名稱</th> <th data-bbox="938 582 1345 632">申請補助金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="304 632 595 681"></td> <td data-bbox="595 632 938 681"></td> <td data-bbox="938 632 1345 681"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="304 681 595 727"></td> <td data-bbox="595 681 938 727"></td> <td data-bbox="938 681 1345 727"></td> </tr> </tbody> </table>	其他申請補助機關名稱	申請計畫名稱	申請補助金額							
其他申請補助機關名稱	申請計畫名稱	申請補助金額									

備註：申請單位有僱用意願，但尚未正式僱用，得先受理申請，應檢附將僱用承諾書(附件二)，並於核銷時檢附相關僱用證明文件。

◎非個人提出申請者，本欄免填
 個人申請者如申請項目經受理單位評估涉及需僱主同意，應由申請人任職單位主管於本欄簽章
 單位主管簽章：
 註、個人申請職場人力協助者，應檢附附件一之四「身心障礙者之職場人力協助申請僱主同意書」

書面審查結果(此項目由受理申請單位填寫)

符合職務再設計申請資格：

- 屬身心障礙者職務再設計職場人力協助需求明確，其協助事項非屬該職務核心工作，且所需費用為2萬元以下案件，同意補助，補助金額：_____
- 屬身心障礙者職務再設計職場人力協助需求明確，其協助事項非屬該職務核心工作，且屬每年**延續性服務**，個案之職務內容及工作場域無變動之案件，同意補助，補助金額：_____
- 屬優先運用調整工作方法、改善工作條件案件，另行安排實地訪視。
- 另行安排實地訪視。

不符合申請資格，原因：_____

審查人員簽章：_____ 業務主管簽章：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日