

職務再設計補助申請書

案件編號(由受理單位填寫)：

申請日期： 年 月 日

申請單位資料表

個案類別	☐ 受僱者(員工本人申請者勾選) ☐ 自營作業者 ☐ 居家工作者(身心障礙者 <u>或未取得身心障礙證明者</u> 居家就業服務勾選) ☐ 求職面試(身心障礙者 <u>或未取得身心障礙證明者</u> 本人勾選) ☐ 參與職業訓練者(接受職業訓練者申請者勾選) ☐ 其他對象 ☐ 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，且未取得身心障礙證明之單側聽損者 ☐ 經醫療院所診斷為失智症，且未取得身心障礙證明者 ☐ 經精神科專科醫師診斷為精神疾病，且未取得身心障礙證明者 ☐ 符合特殊教育法所稱身心障礙之情事，且未取得身心障礙證明者 ☐ 監護人或法定代理人提出申請		
單位名稱			
單位負責人姓名		統一編號	
單位電話		單位地址	
聯絡人姓名		聯絡人職稱	
聯絡人電話		聯絡人電子郵件	
行業別	☐ 政府機關 ☐ 農林漁牧業 ☐ 礦業及土石採取業 ☐ 製造業 ☐ 電力及燃氣供應業 ☐ 用水供應及汙染整治業 ☐ 營造業 ☐ 批發及零售業 ☐ 運輸倉儲業 ☐ 住宿及餐飲業 ☐ 資訊及通訊傳播業 ☐ 金融保險業 ☐ 不動產業 ☐ 專業科學及技術服務業 ☐ 支援服務業 ☐ 教育服務業 ☐ 醫療保健及社會工作服務業 ☐ 藝術、娛樂、休閒服務業 ☐ 其他服務業		
員工總人數		身心障礙員工人數	

申請個案資料表

個案姓名		性別	☐ 男 ☐ 女
<u>監護人或法定代理人姓名</u> <u>(監護人或法定代理人提出申請者，需簽名或蓋章)</u>		<u>監護人或法定代理人電話/地址/電子郵件</u>	電話： 手機： 地址： 電子郵件：
個案之出生年月日		個案之身分證統一編號	
個案之聯繫方式	電話： 手機： 地址： 電子郵件：		

服務部門		職稱	
到職/參訓 /面試日期		教育程度	☐ 國小 ☐ 國中 ☐ 高中職 ☐ 大學(專) ☐ 研究所 ☐ 其他
屬身心障礙者填列	障別/等級	第_____類、 ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度	
	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。		
特教(鑑定)類別 (符合特殊教育法所稱身心障礙之情事，且未取得身心障礙證明者填列)	☐ 智能障礙 ☐ 視覺障礙 ☐ 聽覺障礙 ☐ 語言障礙 ☐ 肢體障礙 ☐ 腦性麻痺 ☐ 身體病弱 ☐ 情緒行為障礙 ☐ 學習障礙 ☐ 自閉症 ☐ 多重障礙 ☐ 發展遲緩 ☐ 其他障礙		
實際工作/參訓地址	☐ 同單位地址 ☐ 其他_____		
職務再設計申請內容			
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1：如申請項目為簡易就業輔具，請直接敘明所需品項及規格，並請估列所需金額(應附明細)。 註2： <u>如屬明確之職場人力協助事項</u> 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)。		
申請人簽章：			
◎「 <u>身心障礙者、未具身心障礙證明者</u> 」個人申請注意事項：如申請項目涉及雇主職場經營管理事項，應先通知雇主知悉後申請。			
◎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，並於核銷時檢附相關僱用證明文件。			

依申請者類別檢附對應的文件

持有身心障礙證明之<u>受僱者</u>	☐身心障礙證明正反面影本 ☐身障者國民身分證正反面影本 ☐身障者勞工保險或公教人員保險投保證明 ☐個人資料使用授權同意書	持有身心障礙證明之<u>自營作業者</u>	☐身心障礙證明正反面影本 ☐身障者國民身分證正反面影本 ☐勞工保險投保證明或職業工會開立之證明 ☐自營作業之各目的事業主管機關核發之相關職業登記、營業登記、許可、執照、立案、核定、備查等證明文件 ☐公益彩券傳統型及立即型彩券經銷證明文件 ☐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 ☐個人資料使用授權同意書
持有身心障礙證明之<u>居家工作者</u>	☐身心障礙證明正反面影本 ☐身障者國民身分證正反面影本 ☐接受居家就業服務證明 ☐個人資料使用授權同意書	持有身心障礙證明之<u>參與職業訓練者</u>	☐身心障礙證明正反面影本 ☐身障者國民身分證正反面影本 ☐接受職業訓練證明 ☐個人資料使用授權同意書
未取得身心障礙證明之<u>單側聽損者</u>	☐國民身分證或有效期間居留證影本 ☐指定之醫療單位所開具之近六個月內聽力鑑定證明 ☐勞工保險投保證明 ☐個人資料使用授權同意書	未取得身心障礙證明之<u>失智症者</u>	☐國民身分證或有效期間居留證影本 ☐醫療院所確診失智症之診斷證明 ☐勞工保險投保證明 ☐個人資料使用授權同意書

未取得 身心障礙證明之 <u>精神疾病者</u>	☐國民身分證或有效期間居留證影本 ☐精神科醫生確診精神疾病之診斷證明 ☐勞工保險投保證明 ☐個人資料使用授權同意書	未取得 身心障礙證明之 <u>符合特殊教育法</u> <u>所稱身心障礙</u>	☐國民身分證或有效期間居留證影本 ☐有效或有效期間屆滿次日起五年內之特殊教育學生鑑定證明 ☐勞工保險投保證明 ☐個人資料使用授權同意書
---	---	---	---

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：
- ☐屬申請項目為簡易就業輔具，且所需費用為5千元以下案件，同意補助，補助金額：
 - ☐申請案之改善方式單純，藉由調整工作內容、工作流程或簡易輔具之協助即可解決個案所遇問題，且改善金額為2萬元以下者，得不召開審查會議，逕行審查核定。
 - ☐屬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，得不召開審查會議，逕行審查核定。
 - ☐屬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，得不安排訪視。
 - ☐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：