

附表一之一

身心障礙者職務再設計補助申請書—受僱之身心障礙者個人

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													
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"/> 身心障礙者公教人員保險、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，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：					