

**新北市政府勞工局**  
**職務再設計補助申請書—單位**

**※申請單位資料表**

|                           |                                                                                                                                                                                                                          |              |        |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------|
| 案件編號：                     |                                                                                                                                                                                                                          | 申請日期：        |        |
| 申請單位類別                    | <input type="checkbox"/> 公、民營事業機構 <input type="checkbox"/> 政府機關、學校 <input type="checkbox"/> 法人團體 <input type="checkbox"/> 公私立職業訓練機構<br>政府委託或補助辦理之 <input type="checkbox"/> 身心障礙者職業訓練單位 <input type="checkbox"/> 居家就業服務單位 |              |        |
| 單位負責人姓名                   |                                                                                                                                                                                                                          | 統一編號         |        |
| 單位電話                      |                                                                                                                                                                                                                          | 單位地址         |        |
| 聯絡人姓名/職稱                  |                                                                                                                                                                                                                          | 聯絡人電話        |        |
| 聯絡人電子郵件                   |                                                                                                                                                                                                                          |              |        |
| 申請單位名稱：                   |                                                                                                                                                                                                                          | 單位主管/負責人簽章：  | 申請人簽章： |
| 員工總人數<br>(最近一個月員工投保總人數計算) | 人                                                                                                                                                                                                                        | 身心障礙員工<br>人數 | 人      |

**※申請個案資料表**

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                   |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請對象類別      | <input type="checkbox"/> 領有身心障礙證明者<br><input type="checkbox"/> 未取得身心障礙證明，且符合下列情形之一者(僅限具勞保身分者申請)：<br><input type="checkbox"/> 經醫療院所診斷為失智症<br><input type="checkbox"/> 經精神科專科醫師診斷為精神疾病<br><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之單側聽損<br><input type="checkbox"/> 符合特殊教育法所稱身心障礙之情事，且未取身心障礙證明 |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                   |
| 個案姓名        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 性別                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                                                                                                                             |
| 出生日期        | 民國    年    月    日                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 身分證字號                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                   |
| 服務單位/部門     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 職稱                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                   |
| 個案聯繫方式      | 電話/手機：<br>電子郵件：                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                   |
| 在職年資/參訓日期   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 教育程度                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職<br><input type="checkbox"/> 大學(專) <input type="checkbox"/> 研究所 <input type="checkbox"/> 其他__ |
| 實際工作地點/訓練地點 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                   |
| 領有身心障礙證明者填列 | 障礙類別                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 第一類 <input type="checkbox"/> 第二類 <input type="checkbox"/> 第三類 <input type="checkbox"/> 第四類<br><input type="checkbox"/> 第五類 <input type="checkbox"/> 第六類 <input type="checkbox"/> 第七類 <input type="checkbox"/> 第八類 |                                                                                                                                                                                   |
|             | 障礙等級                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度<br><input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度                                                                                                                        | 致障原因<br>                                                                                                                                                                          |

|                                                                                                      |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 聽力鑑定結果<br>(屬未取得身心障礙證明<br>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<br>其他註記：                                                                                                                                                                     |  |
| 特教(鑑定)類別<br>(符合特殊教育法所稱身<br>心障礙之情事者填列)                                                                |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <b>※職務再設計申請內容</b>                                                                                    |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| 1                                                                                                    | 個人特質<br>及工作/訓練內容                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|                                                                                                      | 遭遇問題及期待經由<br>職務再設計改善事項                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| 2                                                                                                    | 本次申請是否有另向本局或其他機關申請補助？<br><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，申請機關：_____ |                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <b>※共同應檢附之證明文件</b>                                                                                   |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| 領有身心障礙證明者                                                                                            |                                                                                           | 一、身心障礙證明正反面影本<br>二、勞工保險或公教人員保險投保證明<br>三、最近一個月薪資所得證明                                                                                                                                                                                                                   |  |
| 未取得身心障礙證明者<br>(僅限具勞保身分者申請)                                                                           |                                                                                           | 一、國民身分證正反面影本<br>二、勞工保險投保證明<br>三、最近一個月薪資所得證明<br>四、依身分別擇一檢附文件影本：<br><input type="checkbox"/> 醫療院所確診失智症之診斷證明<br><input type="checkbox"/> 精神科專科醫師確診精神疾病之診斷證明<br><input type="checkbox"/> 勞動部指定之醫療單位所開具之近六個月內聽力鑑定證明<br><input type="checkbox"/> 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 |  |
| 註：<br>一、已辦理退休後再就業之人員應檢附勞工職業災害保險投保證明。<br>二、辦理職業訓練之機構應檢附受訓學員之勞工保險(訓字保)證明。                              |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <b>※其他應依申請資格檢附之證明文件</b>                                                                              |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                             | 公、民營事業機構：法人登記、商業登記或工廠登記等證明文件                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                             | 法人團體：立案證書或法人登記證書影本                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <input type="checkbox"/>                                                                             | 公、私立職業訓練機構、政府委託或補助辦理之身心障礙者職業訓練單位、居家就業服務單位：<br>課程表、居家就業服計畫書、主管機關核准辦理之公文書影本                 |                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <b>※書面審查結果(此項目由受理申請單位填寫)</b>                                                                         |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <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。<br><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：                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |

## 附件一(共同應檢附)

## 個人資料使用授權同意書

為配合申請職務再設計補助作業，本人同意下列相關事項：

- 一、本人同意新北市政府勞工局因辦理職務再設計補助作業，而獲取本人的姓名、出生年月日、國民身分證統一編號、職業、聯絡方式、教育、薪資等得以直接或間接識別本人個人的資料。
- 二、本人同意新北市政府勞工局將基於個人資料保護法及相關法令之規定下，蒐集、處理及利用本人的個人資料。
- 三、本人同意新北市政府勞工局以本人所提供的個人資料確認本人的身分、與本人進行聯絡、查核本人同一年度是否已領取政府機關其他職務再設計相同性質的補助，以及其他隱私權保護政策規範的使用方式。
- 四、本人可依個人資料保護法，就本人的個人資料向新北市政府勞工局（一）請求查詢或閱覽、（二）製給複製本、（三）請求補充或更正、（四）請求停止蒐集、處理及利用或（五）請求刪除。但因（一）妨害國家安全、外交及軍事機密、整體經濟利益或其他國家重大利益、（二）妨害公務機關執行法定職務、（三）妨害新北市政府勞工局或第三人之重大利益，新北市政府勞工局得拒絕之。
- 五、新北市政府勞工局針對本人的個人資料利用期間：自本人申請職務再設計補助開始，至新北市政府勞工局完成補助業務（含上傳相關管理資訊系統、後續查核、統計執行補助成果等事宜）止。
- 六、本人瞭解此一同意書符合個人資料保護法及相關法規的要求，且同意新北市政府勞工局留存此同意書，以供日後取出查驗。

立同意書人簽章：

中 華 民 國 年 月 日

## 附件二(已面試確定到職者填寫)

## 職務再設計僱用承諾書

\_\_\_\_\_(申請單位)，願提供☐身心障礙者；☐失智症者；  
☐精神疾病者；☐單側聽損者；☐符合特殊教育法所稱身心障礙之情事  
者就業機會，並招募僱用，為減緩其工作障礙，茲向新北市政府勞工局  
申請「推動職務再設計服務計畫」，並同意依勞動基準法及相關法律僱用  
所提適用之個案。

承 諾 單 位：

統 一 編 號：

聯 絡 地 址：

單位負責人/代表人：

(請加蓋申請單位章及負責人簽章)

中 華 民 國 年 月 日