

附件一之一

計畫申請表單

職務再設計補助申請書(一)

申請單位資料表(屬個人、自營作業者申請免填附)			
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			
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或政府委託辦理身心障礙者職業訓練之單位 <input type="checkbox"/> 政府委託辦理身心障礙者居家就業服務之單位 <input type="checkbox"/> 原貿易自由化產業調整支援方案指定產業所屬事業單位		
申請單位名稱	(申請單位用印)		
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			
行業別	<input type="checkbox"/> 農林漁牧業 <input type="checkbox"/> 礦業及土石採取業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 電力及燃氣供應業 <input type="checkbox"/> 用水供應及污染整治業 <input type="checkbox"/> 營造業 <input type="checkbox"/> 批發及零售業 <input type="checkbox"/> 運輸倉儲業 <input type="checkbox"/> 住宿及餐飲業 <input type="checkbox"/> 資訊及通訊傳播業 <input type="checkbox"/> 金融保險業 <input type="checkbox"/> 不動產業 <input type="checkbox"/> 專業科學及技術服務業 <input type="checkbox"/> 支援服務業 <input type="checkbox"/> 教育服務業 <input type="checkbox"/> 醫療保健及社會工作服務業 <input type="checkbox"/> 藝術、娛樂、休閒服務業 <input type="checkbox"/> 其他服務業 <input type="checkbox"/> 政府機關		
員工總人數 (以申請日最近一個月員工投保總人數計)		身心障礙員工人數	
		中高齡者(滿45歲至65歲者)員工人數	
		高齡(逾65歲者)員工人數	
申請協助人數			
申請單位屬 <u>公立職業訓練機構</u> 免填統一編號、員工總人數、身心障礙及中高齡、高齡者員工人數等欄位。			

計畫申請表單

附件一之二

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：

☐身心障礙者
 ☐中高齡者及高齡者
 ☐單側聽損者
 ☐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)		
	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雇主同意，應由申請人任職單位主管於本欄簽章 <u>單位主管簽章：</u> 			
書面審查結果(此項目由受理申請單位填寫)			

中 華 民 國 年 月 日

附件一之三

計畫申請表單

職務再設計補助申請書(三)

個人資料使用授權同意書（請擇一勾選）

☐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_____（受理申請單位）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、本人同意就服機構及專案單位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、本人同意受_____（受理申請單位）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就服機構及專案單位（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）妨害就服機構或第三人之重大利益，就服機構及專案單位得拒絕之。
- 五、_____（受理申請單位）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，至就服機構完成補助業務（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_____（受理申請單位）留存此同意書，以供日後取出查驗。

☐本人不同意前述相關事項。

立同意書人簽章：

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ 權益告知：

如您不同意、未勾選或未繳回本同意書，_____（受理申請單位）將不會使用您的個人資料。但依個人資料保護法第8條第1項第6款規定，如您不提供個人資料，必須明確告知下列事項對您權益的影響：

- 一、無法於相關系統中，查詢您是否確為在職員工、同一年度是否已領取政府機關其他相同性質的補助。
- 二、無法於評估補助項目及金額時，據以判定您是否屬優先補助對象。

計畫申請表單

附件一之四

職務再設計補助-應檢附文件檢核表 (供申請者自行檢核)

序號	項目	說明	檢核
一	申請書	單位資料表	屬個人申請者免填附 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 免附
		個案資料表	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		個人資料使用授權同意書	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
二	◎依申請者類別檢附對應的文件		
	受僱之個人(個人申請)	擇一檢附 1. 個案公教人員保險投保證明文件 2. 勞工保險投保證明文件 3. 就業保險投保證明或僱用證明文件(屬勞工保險條例規定之非強制投保單位員工檢附) 4. 二家以上工作證明或職業工會開立之證明(無一定雇主者檢附)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	公民營事業機構	1. 法人登記、商業登記或工廠登記等證明文件 2. 個案受僱證明文件	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	政府機關、學校	個案之勞工保險投保證明或公教人員保證投保證明或公保者之職員證件影本	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	法人團體	1. 立案證書或法人登記證書影本 2. 捐助章程或組織章程 3. 個案受僱證明文件	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	政府委託辦理身心障礙者居家就業服務之單位	1. 居家就業服務計畫書 2. 主管機關核准辦理之公文書影本	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	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	1. 個案勞工保險投保證明或公保者之職員證件影本 2. 課程表 3. 主管機關核准辦理之公文書影本	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

序號	項目	說明	檢核
	自營作業者	<div>本項擇一檢附</div> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自營作業者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 2. 公益彩券傳統型及立即型彩券經銷證明文件 3. 營業小客車駕駛人執業登記證明文件 4. 按摩執業許可證明文件 5. 地政士開業執照證明文件 	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		從事自營作業而參加職業工會之勞工保險投保證明文件	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
三	中高齡者或高齡者	國民身分證或居留證影本	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 免附
	因應貿易自由化調整支援方案指定產業所屬事業單位之勞工	國民身分證或居留證影本	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 免附
	身心障礙者	身心障礙證明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 免附
	尚未取得身心障礙證明之失智症者	<ol style="list-style-type: none"> 1. 國民身分證或居留證影本 2. 醫院失智症確診之診斷證明 	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 免附
	尚未取得身心障礙證明之單側聽損者	<ol style="list-style-type: none"> 1. 國民身分證或居留證影本 2. 本部指定之醫療單位所開具之近六個月內聽力鑑定證明 	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 免附

附件一之五

計畫申請表單

推動職務再設計服務計畫聽力鑑定醫療院所名單

縣市別	序號	鑑定醫院名稱
臺北市	1	臺北榮民總醫院
	2	國立臺灣大學醫學院附設醫院
	3	三軍總醫院附設民眾診療服務處
	4	長庚醫療財團法人臺北長庚紀念醫院
	5	財團法人國泰綜合醫院
	6	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人馬偕紀念醫院
	7	臺北市立聯合醫院中興院區
	8	臺北市立聯合醫院仁愛院區
	9	臺北市立聯合醫院和平院區
	10	臺北市立聯合醫院婦幼院區
	11	臺北市立聯合醫院陽明院區
	12	臺北市立聯合醫院忠孝院區
	13	臺北市立萬芳醫院(委託財團法人私立臺北醫學大學經營)
	14	臺北市立關渡醫院(委託臺北榮民總醫院經營)
	15	醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院
	16	臺北醫學大學附設醫院
	17	新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院
	18	振興醫療財團法人振興醫院
	19	國防醫學院三軍總醫院松山分院
	20	基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院
	21	中山醫療社團法人中山醫院
	22	康寧醫療財團法人康寧醫院
	23	博仁綜合醫院
	24	醫療財團法人西園醫院
	25	國立臺灣大學醫學院附設醫院北護分院
	26	中國醫藥大學附設醫院臺北分院
新北市	27	衛生福利部臺北醫院
	28	新北市立聯合醫院(三重院區)
	29	新北市立聯合醫院(板橋院區)
	30	財團法人亞東紀念醫院
	31	財團法人馬偕紀念醫院淡水分院
	32	財團法人天主教耕莘醫院
	33	財團法人天主教永和耕莘醫院

	34	財團法人恩主公醫院
	35	佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院
	36	財團法人國泰綜合醫院汐止分院
	37	衛生福利部雙和醫院
	38	衛生福利部樂生療養院
	39	輔仁大學學校財團法人輔仁大學附設醫院
桃園市	40	衛生福利部桃園醫院
	41	林口長庚紀念醫院
	42	聯新國際醫院
	43	天晟醫院
	44	聖保祿醫院
	45	臺北榮總桃園分院
	46	國軍桃園總醫院
	47	敏盛綜合醫院
	48	怡仁綜合醫院
新竹市	49	國立台灣大學醫學院附設醫院新竹分院
	50	馬偕紀念醫院新竹分院
	51	國軍新竹地區醫院附設民眾診療服務處
	52	國泰醫療財團法人新竹國泰綜合醫院
新竹縣	53	臺北榮總新竹分院
	54	東元綜合醫院
	55	湖口仁慈醫院
	56	中國醫藥大學附設醫院新竹分院
苗栗縣	57	衛生福利部苗栗醫院
	58	財團法人為恭紀念醫院
	59	大千綜合醫院
	60	苑裡李綜合醫院
臺中市	61	臺中榮民總醫院
	62	中國醫藥大學附設醫院
	63	澄清綜合醫院中港分院
	64	澄清綜合醫院
	65	中山醫學大學附設醫院
	66	衛生福利部臺中醫院
	67	林新醫療社團法人林新醫院
	68	衛生福利部豐原醫院
	69	光田醫療社團法人光田綜合醫院
	70	李綜合醫療社團法人大甲李綜合醫院

	71	童綜合醫療社團法人童綜合醫院
	72	仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院
	73	國軍臺中總醫院
	74	仁愛醫療財團法人台中仁愛醫院
	75	財團法人佛教慈濟綜合醫院台中分院
	76	亞洲大學附屬醫院
	77	國軍臺中總醫院附設民眾診療服務處中清分院
	78	長安醫院
	79	林新醫療社團法人烏日林新醫院
彰化縣	80	衛生福利部彰化醫院
	81	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院
	82	秀傳醫療社團法人秀傳紀念醫院
	83	彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院
	84	秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院
	85	彰化基督教醫療財團法人鹿港基督教醫院
	86	員生醫院
	87	彰化基督教醫療財團法人員林基督教醫院
南投縣	88	埔里基督教醫院
	89	中榮埔里分院
	90	佑民醫院
	91	竹山秀傳醫院
	92	南投醫院
	93	南基醫院
雲林縣	94	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院(斗六、虎尾)
	95	國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院
	96	財團法人天主教若瑟醫院
	97	彰化基督教醫院雲林分院
	98	中國醫藥大學北港附設醫院
嘉義市	99	衛生福利部嘉義醫院
	100	臺中榮民總醫院嘉義分院
	101	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院
	102	財團法人天主教聖馬爾定醫院
嘉義縣	103	長庚醫療財團法人嘉義長庚醫院
	104	財團法人慈濟佛教醫院大林分院
	105	臺中榮總灣橋分院
台南市	106	國立成功大學醫學院附設醫院
	107	衛生福利部新營醫院

	108	衛生福利部臺南醫院
	109	奇美醫療財團法人奇美醫院
	110	奇美醫療財團法人柳營奇美醫院
	111	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院
	112	高雄榮民總醫院臺南分院
	113	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人麻豆新樓醫院
	114	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人臺南新樓醫院
	115	台南市立醫院(委託秀傳醫療財團法人經營)
	116	郭綜合醫院
	117	臺南市立安南醫院-委託中國醫藥大學興建經營
高雄市	118	高雄榮民總醫院
	119	高雄醫學大學附設中和紀念醫院
	120	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院
	121	義大醫院
	122	高雄市立聯合醫院
	123	衛生福利部旗山醫院
	124	高雄市立小港醫院(委託高雄醫學大學附設中和紀念醫院經營)
	125	高雄市立大同醫院(委託高雄醫學大學附設中和紀念醫院經營)
	126	國軍高雄總醫院
	127	國軍高雄總醫院左營分院
	128	阮綜合醫院
	129	天主教聖功醫療財團法人聖功醫院
屏東縣	130	衛生福利部屏東醫院
	131	屏基財團法人屏東基督教醫院
	132	寶建醫療社團法人寶建醫院
	133	國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處
	134	國仁醫院
	135	安泰醫療社團法人安泰醫院
	136	輔英科技大學附設醫院
	137	衛生福利部恆春旅遊醫院
基隆市	138	衛生福利部基隆醫院
	139	長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院
	140	三軍總醫院附設基隆民眾診療服務處
	131	基隆市立醫院
宜蘭縣	142	國立陽明大學附設醫院

	143	臺北榮民總醫院蘇澳分院
	144	財團法人蘭陽仁愛醫院
	145	臺北榮民總醫院員山分院
	146	羅東博愛醫院
	147	聖母醫院
花蓮縣	148	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院
	149	臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院
	150	國軍花蓮總醫院
臺東縣	151	衛生福利部臺東醫院
	152	馬偕紀念醫院台東分院
	153	東基醫療財團法人台東基督教醫院
澎湖縣	154	衛生福利部澎湖醫院
	155	三軍總醫院澎湖分院
	156	天主教靈醫會惠民醫院
金門縣	157	衛生福利部金門醫院
連江縣	158	連江縣立醫院

附件二

職務再設計僱用承諾書

_____（申請單位），願提供☐中高齡或高齡者；☐身心障礙者；☐失智症者；☐單側聽損者就業機會，並招募僱用，為減緩其工作障礙，茲向_____（受理申請單位）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：

地 址：

法定代表人：

中 華 民 國 年 月 日

附件三

訪視階段表單

職務再設計訪視評估與建議表

案件編號：

訪視日期：

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			
申請單位		個案姓名	
工作所遇問題 與分析	(如案主特性、工作內容、工作流程問題、其他...等)		
輔導策略及 建議改善方案	(一) 建議改善方式及補助項目 <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"/> 調整工作方法及流程 <input type="checkbox"/> 改善職場工作環境 <input type="checkbox"/> 其他建議 _____ <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		
檢附文件	<input type="checkbox"/> 其他_____		
輔導委員簽章			

附件四

訪視階段表單

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需求篩檢表

訪視日期： 年 月 日 案件編號：

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"/> 因應貿易自由化就業協助 <input checked="" type="checkbox"/> 單側聽損者			
申請單位		訪視人員	
身心障礙者 姓名		障別等級	
工作職稱		職務內容	
一、職場就業問題評估與分析（如：案主特性、工作內容、工作流程問題、其他…）			
二、人力協助需求及改善策略分析			
(一) 職務所需核心工作能力：_____			
(二) 與工作支持相關之人力協助需求（包括需求內容與需求時間）：			
<input type="checkbox"/> 協助處理工作流程中之必要庶務（例如設備操作）：			

<input type="checkbox"/> 協助身心障礙員工職場中之必要活動（例如會議、訓練協助）：			

<input type="checkbox"/> 協助身心障礙員工出差時之交通或活動：			

<input type="checkbox"/> 其他：			

(三) 改善策略分析：			
<input type="checkbox"/> 無法運用職場自然支持者提供協助			
<input type="checkbox"/> 無法運用調整工作內容或工作方法改善			
<input type="checkbox"/> 無法運用就業輔具改善			
<input type="checkbox"/> 無法運用調整工作機具或設備改善			
<input type="checkbox"/> 無法運用無障礙環境改善			
<input type="checkbox"/> 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

輔導委員
或專案單位評估人員
簽 章

備註：

- 一、 公立就業服務機構或地方政府視個案情形，安排適當之輔導委員或轉介專案單位實地訪視。
- 二、 公立就業服務機構或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。

附件五

訪視階段表單

職務再設計專案單位接案評估表

專案單位：

接案日期：

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			
申請單位 名稱	(個人申請者免填)		聯絡電話
對象別	<input type="checkbox"/> 身心障礙者(障別等級：) <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		個案姓名
訪視日期	訪視人員	個案就業狀況、困難及需求	評估建議、改善方式或試用情形

填表人：_____

專案單位主管簽章：_____

日期：_____

附件六

訪視階段表單

職務再設計改善方案經費估算表

案件編號：

申請服務：

☐身心障礙者 ☐中高齡者及高齡者 ☐單側聽損者 ☐因應貿易自由化就業協助職務再設計

申請單位 (個人申請者免填)		申請個案姓名			
經費估算					
項 目	單 位	單 價	數 量	金 額	備 註
合計：新臺幣_____元整					

備註：

- 一、公立就業服務機構或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，應交審查會中審查。
- 三、身心障礙者職務再設計服務之補助項目應於備註註明是否屬本計畫所定得申請勞政及社政經費共同分擔經費之項目。
- 四、中高齡者或因應貿易自由化就業協助職務再設計之補助項目如有與其他個案共用之情事，應於備註註明共用個案姓名。

附件七

補助地方政府相關

補助地方政府辦理身心障礙者職務再設計作業規定

- 一、地方政府申請本部補助辦理身心障礙者職務再設計，採事前申請核定原則，地方政府應於轄區公立就業服務機構通知期限內，檢具申請表及申請計畫書提出申請。
- 二、地方政府申請本計畫之補助應備自籌款，其補助額度及自籌比率由本部依地方政府前一年底身心障礙者就業基金撥交及分配餘額，平均分配轄區內十五歲至未滿六十五歲身心障礙者人口數為基準訂定。
- 三、地方政府所提辦理身心障礙者職務再設計服務計畫經費編列原則如下：
 - (一)個案補助費：雇主每進用一名身心障礙者、每名自營作者或受僱之身心障礙者個人，每年補助金額最高以新臺幣(以下同)十萬元為限。但有特殊需求，經評估核准者，不在此限。
 - (二)輔導委員服務費用：包括輔導委員出席費、差旅費。
 - (三)個案改善費：專案單位每案之改善額度最高以十萬為限，包括材料費、輔具購置費及研發設計費。但有特殊需求，經評估核准者，不在此限。並另得依實支給專案單位出席費、差旅費及管理費等。前開經費於委託辦理區域職務再設計專案單位計畫已編列相同之相關項目經費者，不得重複支給。
 - (四)辦理職務再設計之宣導、訓練研習、查核輔導或輔具維修及運送等相關配套措施，得於本計畫總經費百分之十範圍編列經費。
- 四、具「身心障礙者職業重建服務專業人員遴用及培訓準則」所定專業人員之就業服務員，得提供運用二千元(含)以下之小額職務再設計以促進身心障礙者就業之服務，由地方政府依「補助地方政府辦理身心障礙者支持性就業服務計畫」自行或委託辦理，前開支持性就

業服務經費，併入三、(一)個案補助費。

五、公立就業服務機構受理地方政府申請補助，經評估下列各項後，核予補助：

(一)計畫之必要性、可行性、完整性及預期效益。

(二)地方政府之執行能力，含前二年度之執行成效及核銷情形。

(三)經費需求符合自籌款比率及項目標準之規定。

六、地方政府應依下列規定辦理請款、經費支用及結報作業：

(一)接受本計畫補助之經費與補助項目，應依公立就業服務機構所定時程，檢附核定函及納入預算證明，並填具領款收據，向公立就業服務機構申請撥付經費；計畫結報時，並應提出成果報告、補助清冊及成功案例一則。

(二)因特殊情況，必須變更原計畫項目、執行期間及進度時，應依詳述理由，經公立就業服務機構核准變更後始得辦理。

(三)接受委託之專案單位經費之執行及結報，應依政府會計有關規定負責辦理。地方政府自辦、委託之案件原始憑證需裝訂成冊，並依會計法規妥為保管，俾供查核之用。

(四)賸餘經費應按核定補助金額佔核定計畫總額之比率繳回，連同其他收入於每年十二月底前繳回公立就業服務機構辦理結案，有不合計畫規定之支出，且經申復未獲同意，應依公立就業服務機構之通知繳回該項經費。

七、地方政府違反第六點第四款規定情節重大者，於次年度起二年內不得申請本計畫之補助。

八、地方政府受理職務再設計申請案後，應依計畫規定程序進行審核、撥款及結報。

九、地方政府應依下列原則進行職務再設計申請案之審查：

(一)有關職務再設計補助項目及金額在一萬元以上者，經審查會議

審查後核定。

(二)職務再設計之項目，應以就業需求性及合理性等因素考量，生活輔具（應向社政單位申請）之外，為排除因身心障礙所致之就業障礙之需者，得予補助，包括：

- 1、無障礙工作環境之改善。
- 2、現有機具或設備之改良及改裝。
- 3、安全裝置類輔具，如聽覺障礙者申請警示燈，藉由燈光閃爍代替聽覺功能；為身心障礙者加裝安全鈕，增進工具機具及設備之安全性；為肢體障礙者加裝環境控制開關，使其輕易控制職場週邊設備。
- 4、改善工作姿勢類之輔具，如肢體障礙者申請可調式工作桌以改善坐姿。
- 5、溝通類輔具，如聽覺障礙者申請電話擴音設備，改善其聽覺功能；語言障礙者、心智障礙者申請圖卡兌換溝通系統、語音溝通輔具，解決其職場溝通問題。
- 6、增進視覺功能類輔具，如視覺障礙者申請擴視設備或申請螢幕報讀軟體等相關設備，增進或輔助其視覺功能。
- 7、改善身心障礙者工作條件，如聽語障者之手語翻譯、聽打服務、視障者之職場定向行動訓練、視力協助、重度肢體障礙者之工作職務所需交通陪同等（相關身心障礙者人力協助人員之資格及補助標準表如附件十四）。
- 8、協助身心障礙者簡化工作流程、調整工作場所或工作方法。
- 9、他必要之改善項目。

(三)個人計程車業之職務再設計，應以車輛合法及必要之改良或改裝所需費用補助，如手控油門煞車輔助器、駕駛座座椅改裝、方向盤控制輔具、手控汽車駕駛裝置改裝、汽車輪椅裝載箱等。

(四)公益彩券業之職務再設計，以改善下列事項為優先補助項目；

但已獲財政部公益彩券回饋金補助者，不再補助：

- 1、長時間站、坐之問題。
- 2、基於防搶、防性騷擾及通報所需設備之改善。
- 3、輪椅進出之高低階落差問題。

(五)其他經輔導委員建議，可有效解決身心障礙者就業障礙問題之項目，得予以補助。

十、申請補助結報所檢附之支出憑證，應依政府支出憑證處理要點規定辦理，補助項目及補助經費應依稅法相關規定辦理扣繳或申報作業。

十一、地方政府應派員訪查職務再設計補助及服務使用情形，並追蹤身心障礙者就業後續狀況及滿意度調查。

十二、地方政府應比照行政院所定「中央政府各機關對民間團體及個人補（捐）助預算執行應注意事項」之規定，對於本計畫之補助，訂定明確、合理及公開之作業規範。相關補（捐）助事項、補（捐）助對象、核准日期及補助金額等資訊並應按季於網際網路公開。

十三、其他未盡事宜，依身心障礙者職務再設計實施方式及補助準則之規定。

補助地方政府相關

勞動部補助地方政府辦理身心障礙者職務再設計服務計畫

申請表

填表日期： 年 月 日

縣市政府					計畫起訖日期	
聯絡人	職稱		姓名		聯絡方式 (電話、傳真及 電子信箱)	
計畫 內容 摘 述	一、執行現況與供需分析 二、前二個年度執行情形分析(含預定目標、執行成效及檢討) 三、規劃服務流程及執行方式 四、規劃配套措施 五、預期效益 六、其他					
預 期 效 益	(請具體數量化)					
計畫總經費	(單位:新臺幣元)		申請勞動部補助		(單位:新臺幣元)	
自籌經費(比率)	(單位:新臺幣元)					

補助地方政府相關

填表機關（用印）

勞動部○○年補助○○政府辦理身心障礙者職務再設計服務計畫（格式）

壹、目的

貳、主（協）辦單位

參、執行現況與供需分析

一、身心障礙就業人口分析（包括障礙類別就業人數、行職業等情形）

二、前二年度辦理情形檢討

三、職務再設計服務之供需分析

肆、服務流程規劃及執行方式（包括諮詢評估、補助審查及核撥作業等工作流程）

伍、配套措施規劃

一、宣導拜訪、訓練研習、查核輔導及相關推動規劃方案等。

二、專案單位服務規劃（包括徵選方式、條件、預估數量、督導考核及管理
等）

陸、預期效益（請以量化績效呈現）

柒、實施期程（請以表列）

捌、經費來源（含自籌經費之支用項目及經費來源）

玖、經費概算表（包括項目、單位、數量、單價、概算數、自籌金額、申請補助
金額及備註）

拾、其他

請款核銷表單

附件八

領 據

茲領到_____ (補助單位名稱)

之_____年度「推動職務再設計服務計畫」款項計

新臺幣_____萬 仟 佰 拾 元整。

(金額請用大寫，國字範例：壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖)

此 據

受補助單位名稱(或個人)：

(請加蓋申請單位之大章及負責人章或個人簽章)

統 一 編 號(或身分證號碼/居留證號碼)：

聯 絡 地 址：

聯 絡 電 話：

金 融 機 構：銀行（分行）

行庫代碼（電匯用 7 碼）：

存 儲 帳 號：

帳戶名稱（限受補助單位或個人帳戶）：

中 華 民 國 年 月 日

轉帳金融機構存摺影本浮貼處

附件九

請款核銷表單

職務再設計成果報告

案件編號：

補助年度：

受補助單位(全名)		核定日期	年 月 日
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		
個案姓名 (如為多名員工同時提出申請，本欄可填多數)		執行期間	
核定補助項目成果說明			
分類	補助內容說明		
<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"/> 調整工作方法及流程			
<input type="checkbox"/> 改善職場工作環境			
<input type="checkbox"/> 其他：			
方案效益評估（請具體敘明呈現改善後問題項目解決程度描述及工作效能提升之效果）			
檢討與建議（含是否達預期目標、在職員工反映、回饋等）			
受補助單位簽章：			

備註：所補助單位之機具、設備、器材屬於資本門者，需標示該年度適用對象職務再設計服務補助之字樣或標籤。

附件九

職務再設計成果報告之照片證明

問題改善前照片（請註明日期及問題項目）

改善前

問題改善後照片（請註明日期及改善項目）

改善後

備註：請依案例提供 2-4 張可彰顯職務再設計設計前後之照片，另照片應清晰呈現個案改善前後情形，本表不敷使用請自行影印。

附件十

請款核銷表單

職務再設計收支清單

案件編號：

受補助單位(個人)名稱(姓名)：

全案收入明細							
各分攤機關名稱	申請補助金額	實際補助金額	備註				
勞 動 部							
其 他 機 關 (名 稱)							
自 籌 款							
合 計							
全案支出明細							
支用 單據 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
				勞動部 補助金額	其他機關 補助金額	自付 金額	
合 計							

填表說明：

- 一、本清單請接受補助單位依原編列預算項目填列全案實際收入及支出，非僅填列本部補助項目，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、受補助之單位(個人)申請支付款項時，應本誠信原則對所提出支用單據之支付事實及真實性負責，如有不實，應負相關責任。
- 三、請依支用單據編號順序填列。

受補助單位 (為單位申請者於此簽章)		
經辦人員簽章	會計單位簽章	負責人簽章

受補助個人 (為個人申請者於此簽章)

附件十一

輔具回收表單

職務再設計輔具回收／轉移表

案件編號：

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							
受補助單位					填表日期	年 月 日	
受補助單位 聯絡人姓名		職稱		聯絡電話			
個案服務單位/ 部門、姓名、職稱	<input type="checkbox"/> 回收 <input type="checkbox"/> 轉移 事由	<input type="checkbox"/> 人事異動，說明：_____					
		<input type="checkbox"/> 職位調整，說明：_____					
		<input type="checkbox"/> 環境改變，說明：_____					
		<input type="checkbox"/> 其他，說明：_____					
<input type="checkbox"/> 回收地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣市 市區鄉鎮 路(街) 段 巷 弄 號 樓						
<input type="checkbox"/> 轉移至新 單位地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣市 市區鄉鎮 路(街) 段 巷 弄 號 樓						
接受轉移 單位名稱		接受轉移 單位 聯絡人 姓名		職稱		聯絡電話	
						聯絡傳真	
回收／轉移項目 (請條列)	型號	財產編號	購置日期		購置價格	使用年限	
			年 月 日				
<input type="checkbox"/> 本單位同意上開項目由補助單位／專案單位(_____)回收，並已於____年____月____日由原補助單位／專案單位(_____)回收。							
<input type="checkbox"/> 本單位同意上開項目由補助單位／專案單位(_____)回收，並已於____年____月____日由補助單位／專案單位(_____)轉移至_____。							
受補助單位 簽章			承辦人簽章				
接受轉移 單位簽章							

備註：經審查會議決議應予回收之就業輔具，於該輔具使用期限內，受補助單位於補助後2年內遇該補助項目之職位出缺、結束職業訓練或居家就業服務時，且未能進用有相同輔具需求之個案，應報請原補助單位辦理回收事宜。

附件十二

成效追蹤表單

職務再設計追蹤紀錄表

案件編號：

追蹤日期： 年 月 日

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					
受補助單位 (個人)		個案服務單位/部門、姓名、職稱		核銷結案日期	年 月 日
問題簡述					
追蹤項目 (可複選)	<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"/> 調整工作方法及流程：_____ <input type="checkbox"/> 改善職場工作環境：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____				
以下由受補助單位(個人)填寫					備註
1. 個案在職情形？	<input type="checkbox"/> 仍在職，且從事原職務 年 月 日 <input type="checkbox"/> 仍在職，但職務已異動，說明：_____ <input type="checkbox"/> 已離職，離職日期： 年 月 日 離職原因：_____				
2. 改善(或調整)後，有效解決個案問題的程度？	<input type="checkbox"/> 非常有效 <input type="checkbox"/> 部分有效 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不太有效 <input type="checkbox"/> 完全無效				
3. 改善(或調整)後，個案工作或使用的安全性？	<input type="checkbox"/> 非常安全 <input type="checkbox"/> 很安全 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不太安全 <input type="checkbox"/> 非常不安全				
4. 改善(或調整)後，個案工作或使用上的方便性？	<input type="checkbox"/> 非常方便 <input type="checkbox"/> 很方便 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不太方便 <input type="checkbox"/> 非常不方便				
5. 改善(或調整)後，個案效率或產能有無提高？	<input type="checkbox"/> 完全沒有 <input type="checkbox"/> 有提高，大約提高 _____ %				
6. 改善(或調整)後，個案多久能適應？	<input type="checkbox"/> 1週(含)內 <input type="checkbox"/> 1週以上至2週(含)內 <input type="checkbox"/> 2週以上至1個月(含)內 <input type="checkbox"/> 1個月以上 <input type="checkbox"/> 不知道				
7. 改善(或調整)後，個案自主性有無提高?(例如:不用麻煩別人幫忙……)	<input type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 完全沒有 <input type="checkbox"/> 有提高，大約提高 _____ %				
8. 改善(或調整)後，個案工作品質有無提升？	<input type="checkbox"/> 完全沒有 <input type="checkbox"/> 有提高，大約提高 _____ %				
其他問題及建議事項：					

備註1：受理申請單位或專案單位應於核銷日之次日起第3個月內進行且完成追蹤。必要時應提供專業諮詢服務、輔具調整訓練及回收輔具等服務。

備註2：受理申請單位應依第1次追蹤結果評估是否持續追蹤或結案；惟若屬全額補助且經審查會議決議回收之補助項目需1年內至少追蹤2次。

備註3：受補助之個人於後續追蹤就業未達3個月，公立就業服務機構或地方政府應追回已補助經費，經審查有不可歸責之事由者，不在此限。

成效追蹤表單

附件十三

受補助單位(個人)滿意度調查表

案件編號：

調查日期： 年 月 日

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	
受補助單位或個人名稱	
問項	請填答者依個人感受回答，每題僅限勾選一個答案
一、 請問對於本次申請流程是否清楚？	<input type="checkbox"/> ①非常清楚 <input type="checkbox"/> ②很清楚 <input type="checkbox"/> ③普通 <input type="checkbox"/> ④不太清楚 <input type="checkbox"/> ⑤非常不清楚
二、 請問對於申請相關表格，是否容易填寫？	<input type="checkbox"/> ①非常容易 <input type="checkbox"/> ②很容易 <input type="checkbox"/> ③普通 <input type="checkbox"/> ④不太容易 <input type="checkbox"/> ⑤非常不容易
三、 請問對於此項補助措施是否感到滿意？	<input type="checkbox"/> ①非常滿意 <input type="checkbox"/> ②很滿意 <input type="checkbox"/> ③普通 <input type="checkbox"/> ④不太滿意 <input type="checkbox"/> ⑤非常不滿意
四、 請問此項補助措施是否協助達到改善個案工作上之障礙？	<input type="checkbox"/> ①非常滿意 <input type="checkbox"/> ②很滿意 <input type="checkbox"/> ③普通 <input type="checkbox"/> ④不太滿意 <input type="checkbox"/> ⑤非常不滿意
五、 請問是否提升個案工作效能？	<input type="checkbox"/> ①非常滿意 <input type="checkbox"/> ②很滿意 <input type="checkbox"/> ③普通 <input type="checkbox"/> ④不太滿意 <input type="checkbox"/> ⑤非常不滿意
六、 請問對於受理申請單位所提供服務是否滿意？	<input type="checkbox"/> ①非常滿意 <input type="checkbox"/> ②很滿意 <input type="checkbox"/> ③普通 <input type="checkbox"/> ④不太滿意 <input type="checkbox"/> ⑤非常不滿意
七、 請問對於專案單位所提供服務滿是否滿意？ (註：若無專案單位提供服務，免填本項。)	<input type="checkbox"/> ①非常滿意 <input type="checkbox"/> ②很滿意 <input type="checkbox"/> ③普通 <input type="checkbox"/> ④不太滿意 <input type="checkbox"/> ⑤非常不滿意
八、 請問對於專業輔導委員之建議是否滿意？	<input type="checkbox"/> ①非常滿意 <input type="checkbox"/> ②很滿意 <input type="checkbox"/> ③普通 <input type="checkbox"/> ④不太滿意 <input type="checkbox"/> ⑤非常不滿意
九、 請問對此協助措施有何其他建議事項？	

備註：受理申請單位或專案單位應於核銷日之次日起 1 個月內完成滿意度調查。

附表

身心障礙者之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（含同等級）或領有手語翻譯員資格證明（含同等級）。 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 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暨評審委員者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。 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 名人員輪替提供服務。
	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，其酬勞每小時以 750 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。	
同步	1. 一般性會議、課程（會議或研	通過 20 小時「同步聽打服務人員」（含實習）培訓要求，	1. 符合左列資格者，每小時補助 500 元。	

聽打服務	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	並領有該項服務人員課程結訓證明，通過培訓單位自訂品質檢測規定「中文輸入達 80 字/分鐘，正確率 90%以上」。	2. 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	1. 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。 2. 符合下列資格之一，加計補助： (1) 通過政府主辦或委辦之視力協助員訓練結訓者或領有電腦軟體應用職類技術士證。 (2) 累積服務時數達 1,000 小時。 (3) 協助執行事項經審查單位認定具專業性技術。	1. 每小時依本部公告基本工資時薪補助。 2. 符合左列第 2 項資格，加計方式如下： (1) 符合 1 項者，每小時最高得依本部公告基本工資時薪加計 10% 補助。 (2) 符合 2 項者，每小時最高得依本部公告基本工資時薪加計 20% 補助。 (3) 符合 3 項者，每小時最高得依本部公告基本工資時薪加計 30% 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。如個案有特殊需求，可依實際狀況酌予增加補助時數。 4. 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。	
	職場定向行動訓練	領有定向行動訓練職類技術士證。	1. 符合左列資格者，每小時補助 800 元。 2. 申請定向行動訓練之個案，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。	

	職場適應訓練	符合下列資格之一，並可提供證明文件者： 1. 有訓練相關之技術士證。 2. 無技術士證照職類，應具訓練相關之 2 年工作經驗。	1. 符合左列資格者，每小時補助 800 元。 2. 申請職場適應訓練之個案，每人每年最高補助 45 小時。	
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。	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，每小時依本部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，每小時最高得依本部公告基本工資時薪加計 10% 補助。 3. 每月最高補助 30 小時，每年以不超過 360 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。 4. 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。	