

附件一

## 申請書

申請日期： 年 月 日

事業單位名稱		統 一 編 號	
代表(負責)人		進用身心障礙員工數	
通 訊 地 址			
專責人員姓名		連 絡 電 話	
		電 子 郵 件	
檢 附 文 件	<input type="checkbox"/> 身心障礙員工職場支持計畫書 <input type="checkbox"/> 依法設立資料(如公司登記、立案證書或法人登記證書等) <input type="checkbox"/> 身心障礙員工證明文件(如備註) <input type="checkbox"/> 其他		
切結簽章	<p>本單位瞭解並願意遵守本要點相關規定，同意執行機關因審查案件需要查詢勞工保險、就業保險、勞工職業災害保險等資料，並證明所提供資料均為屬實，如有不實或違反相關規定有溢領情形，願歸還已領取之款項外，並負擔一切法律責任，特此切結為憑。</p> <p>代表(負責)人簽章： _____ (請加蓋單位印信或圖記)</p>		
審核結果	<p style="text-align: center;">(以下由審核單位填寫)</p> <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 需補正資料，限期補正後再審 <input type="checkbox"/> 審核不通過  審核人員及核定人員： (依各機關內部分工及分層授權規定辦理審核及核章)  <p style="text-align: center;">審核日期：        年        月        日</p>		

備註：註記身心障礙身分之勞保資料、有效或有效期間屆滿次日起5年內之特殊教育學生鑑定證明、精神科專科醫生確診精神疾病之診斷證明(6個月內)、醫療院所確診失智症之診斷證明、勞工保險局核定職業災害失能給付公文。

## 身心障礙員工職場支持計畫書

壹、前言(說明現行事業單位內部進用身心障礙員工情形及欲精進之處)

貳、計畫目標(說明此計畫欲達成之目標)

參、身心障礙員工職場支持項目(提列規劃內容)

一、建立友善進用機制：

(提供身心障礙者職場學習體驗、依身心障礙者需求提供無障礙面試、提供新進身心障礙員工教育訓練期間之合理調整、辦理身心障礙相關平權教育，及依身心障礙員工需求安排專人輔導等等相關友善進用措施。)

(一) 辦理方式：

(二) 預期績效：

二、提供共融職場環境：

(依身心障礙員工需求提供就業輔具、各項軟硬體環境之適性安排、規劃協助身心障礙員工職場適應情形作法，及安排使用員工福利等相關促進職場共融措施。)

(一) 辦理方式：

(二) 預期績效：

三、促進職涯發展措施：

(提供身心障礙員工職涯諮詢輔導、身心障礙員工在職教育訓練與專業能力培訓、鼓勵身心障礙員工考取證照措施，及身心障礙員工職場心理健康管理等相關職涯發展措施。)

(一) 辦理方式：

(二) 預期績效：

四、設置工作教練(需提供資格證明)

(提供身心障礙員工職場適應協助、工作技能訓練、工作態度輔導、情緒支持、職場人際溝通訓練等，為身心障礙員工擬定訓練或輔導目標，及促進身心障礙員工穩定就業等相關職場支持服務。)

(一) 辦理方式：

(二) 預期績效：

五、落實職場合理調整：

(雇主於辦理招募身心障礙員工、進用與締約，及僱用期間，依其面臨之障礙處境，提供工作環境及軟硬體設施、工作內容、工作時間、訓練、福利等調整，將職場合理調整精神與做法納入人事規章或工作規則，公告受理職場合理調整申請程序，結合外部專家或政府資源提供合理調整相關協助等措施。)

(一) 辦理方式：

(二) 預期績效：

六、推展群組進用模式：

(透過新進用一名以上身心障礙員工，與在職之身心障礙員工於同一場域協同合作工作，其內容或流程具關聯及協作性質，並對此群組提供二項以上職場支持措施，以建立同儕支持網絡。)

(一) 辦理方式：

(二) 預期績效：

七、其他：

(一) 辦理方式：

(二) 預期績效：

肆、計畫實施地點

伍、計畫實施期間

陸、計畫執行工作期程 (請列出預定辦理之工作項目甘特圖)

月份 工作 項目	一 月	二 月	三 月	四 月	五 月	六 月	七 月	八 月	九 月	十 月	十一 月	十二 月

柒、經費概算表(請參閱附件二、職場支持費補助基準表)

編號	項目	單位	數量	單價	金額				說明
					總經費	申請本計畫補助	其他單位補助	自籌	

1									
2									
合計									

捌、計畫達成指標及預期效益（針對質化效益評估或量化達成指標與預期效益）

一、質化效益

二、量化效益

玖、其他附件

附件二

身心障礙員工職場支持費補助標準

經費項目	單價	說明
講師鐘點費	每小時最高 2,000 元	限外聘講師。
諮詢輔導費	每小時最高 2,000 元	含個別諮詢及團體諮詢，限外聘講師。
出席費	每次最高 2,500 元	邀請身心障礙相關專家學者入場提供諮詢意見等。參照「中央政府各機關學校出席費及稿費支給要點」出席費標準規定編列。
教材費	依計畫需求編列	需提供編列依據。
書籍資料印製費	依計畫需求編列	參照「勞動部一般常用經費編列標準及結報應行注意事項」辦理。
場地租借費	每次最高 20,000 元	以單位內部辦理為原則，如有需外部辦理，請參照「各機關學校及基金赴機關以外處所辦理各類會議及講習訓練原則」辦理。
餐費	每人每餐最高 120 元	參照「勞動部一般常用經費編列標準及結報應行注意事項」餐費標準規定編列。
工作教練費	外聘每小時 1,000 元、內聘每小時 500 元，最高補助 45 小時	提供該項服務者，應符合下列資格之一： 1. 符合「身心障礙者職業重建服務專業人員遴用及培訓準則」或「身心障礙者服務人員資格訓練及管理辦法」規定者。 2. 具其他足資證明可提供該項服務之證照、專業資格或服務該項訓練工作年資達 1 年以上之證明文件。
落實職場合理調整	每年最高 20 萬元	1. 將職場合理調整精神與做法納入人事規章，最高補助 5 萬元，納入工作規則最高補助 8 萬元，每單位限申請一次；已納入人事規章且獲補助，後續再納入工作規則者，可申請補助差額 3 萬元。 2. 公告受理職場合理調整申請窗口，依職場合理調整指引訂定職場合理調整程序，最高補助 2 萬元，每單位限申請 1 次。 3. 依身心障礙員工所提職場合理調整需求，經協商程序後提供適當之調整，每完成 1 名個案並填報職場合理調整服務紀錄表(如附表)，補助 1 萬元；如該案已獲職務再設計補助，補助 5,000 元。 4. 其他職場合理調整相關事項。

<p>群組進用獎勵金</p>	<p>每月核發 1 萬 3,000 元，或每小時核發 70 元，最長 12 個月</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 適用條件：雇主於支持計畫期間，於同一場域新進用一名以上身心障礙員工，與既有在職之身心障礙員工形成可互相支持之群組，新進身心障礙員工工作達三個月以上者，得申請核發獎勵金。</li> <li>2. 核發期間：自該名身心障礙員工進用日起算，最長十二個月；原核定計畫執行期限已屆，獎勵金尚未核發至 12 個月，得申請計畫展期 1 次。</li> <li>3. 補助標準：按月計酬者每人每月核發雇主 1 萬 3,000 元，按月計酬以外方式者每小時核發 70 元。</li> </ol>
<p>其他有必要編列之項目費用</p>	<p>經費額度視計畫需求編列</p>	<p>本表未規定者，參考「勞動部一般常用經費編列標準及結報應行注意事項」。</p>

附表

職場合理調整服務紀錄表

事業單位名稱：

案件編號：

服務紀錄人員：

提出職場合理調整需求日期： 年 月

日

一、請求對象及方式	(一)請求對象： <input type="checkbox"/> 當事人； <input type="checkbox"/> 事業單位； <input type="checkbox"/> 當事人親友； <input type="checkbox"/> 其他，請說明： (二)請求方式： <input type="checkbox"/> 電子郵件 <input type="checkbox"/> 書面 <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> 其他：
二、當事人基本資料	(一)姓名： (二)年齡： 歲 (三)性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (四)障礙情形： <input type="checkbox"/> 領有身心障礙證明(第 類；障別： ；等級： ) <input type="checkbox"/> 未取得身心障礙證明 ( <input type="checkbox"/> 特教畢業生 <input type="checkbox"/> 精神疾病病人 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 職災失能勞工) (五) 請求對象聯繫電話：
三、事業單位資料	(一)行業別： 業 (二)員工規模 <input type="checkbox"/> 1-66人 <input type="checkbox"/> 67-200人 <input type="checkbox"/> 201-500人 <input type="checkbox"/> 501-1000人 <input type="checkbox"/> 1,001-5,000人 <input type="checkbox"/> 5,001-1萬人 <input type="checkbox"/> 1萬人以上
四、職場合理調整需求	(一)當事人職稱： (二)工作內容： (三)訴求類型(可複選) <input type="checkbox"/> 招募與面試 <input type="checkbox"/> 進用與締約 <input type="checkbox"/> 工作環境及軟硬體設施 <input type="checkbox"/> 工作時間調整 <input type="checkbox"/> 職務或工作內容調整 <input type="checkbox"/> 績效和薪資 <input type="checkbox"/> 就業歧視 <input type="checkbox"/> 員工福利 <input type="checkbox"/> 升遷 <input type="checkbox"/> 員工訓練 <input type="checkbox"/> 資遣、解僱 <input type="checkbox"/> 職業安全衛生 <input type="checkbox"/> 退休 (四)訴求說明:(請說明所遭遇之困難及期待調整需求內容)
五、協商情形	第一次 (一)協商日期： 年 月 日 (二)參與職場合理調整協商人員(可複選)： <input type="checkbox"/> 雇主 <input type="checkbox"/> 業務主管 <input type="checkbox"/> 人事單位 <input type="checkbox"/> 企業工會 <input type="checkbox"/> 其他，請說明： (三)資源運用情形(可複選)： <input type="checkbox"/> 邀請外部專家或身心障礙團體代表提供諮詢 <input type="checkbox"/> 向地方政府身心障礙者職場合理調整諮詢輔導窗口洽詢 <input type="checkbox"/> 洽職業重建服務人員、或就業中心 <input type="checkbox"/> 運用職務再設計服務 <input type="checkbox"/> 其他，請說明： (四)協商情形： 1. 職場合理性評估情形(請說明必要性、比例性、可行性)：

	<p>2. 協商結果：  <input type="checkbox"/>依當事人所提需求進行調整(請說明調整內容)：_____</p> <p><input type="checkbox"/>實務執行有困難，經協商後提供其他調整方式(請說明調整內容)：_____</p> <p><input type="checkbox"/>雙方無共識(請說明原因及有無其他處理方式)：_____</p> <hr/> <p>第二次</p> <p>(一)協商日期： 年 月 日</p> <p>(二)參與職場合理調整協商人員(可複選)：  <input type="checkbox"/>僱主 <input type="checkbox"/>業務主管 <input type="checkbox"/>人事單位 <input type="checkbox"/>企業工會 <input type="checkbox"/>其他，請說明：</p> <p>(三)資源運用情形(可複選)：  <input type="checkbox"/>邀請外部專家或身心障礙團體代表提供諮詢  <input type="checkbox"/>向地方政府身心障礙者職場合理調整諮詢輔導窗口洽詢  <input type="checkbox"/>洽職業重建服務人員、或就業中心  <input type="checkbox"/>運用職務再設計服務  <input type="checkbox"/>其他，請說明：</p> <p>(四)協商情形：  1. 職場合理性評估情形(請說明必要性、比例性、可行性)：  _____</p> <p>2. 協商結果：  <input type="checkbox"/>依當事人所提需求進行調整(請說明調整內容)：_____</p> <p><input type="checkbox"/>實務執行有困難，經協商後提供其他調整方式(請說明調整內容)：_____</p> <p><input type="checkbox"/>雙方無共識(請說明原因及有無其他處理方式)：_____</p> <p>(如有多次協商者請自行增列)</p>
<p>六、執行職場合理調整  (提供職場合理調整者請續填本欄)</p>	<p>(一)處理情形：  (二)當事人回饋：  <input type="checkbox"/>確實已排除當事人工作障礙  <input type="checkbox"/>經執行後仍未能排除當事人工作障礙，經雙方溝通後再行調整後已排除工作障礙(請說明溝通與再調整內容)：  _____</p> <p>(三)處理完成日期： 年 月 日</p>
<p>七、其他補充</p>	

附件三

身心障礙員工職場支持費申請表

填表日期： 年 月 日

事業單位名稱		統一編號	
代表(負責)人			
專責人員姓名		連絡電話	
		電子郵件	
聯絡窗口姓名	<input type="checkbox"/> 同上	連絡電話	
		電子郵件	
通訊地址			
計畫核定 實施期間	年 月 日 至 年 月 日		
檢附文件及佐 證資料	<input type="checkbox"/> 成果報告表 <input type="checkbox"/> 事業單位之存摺封面影本 <input type="checkbox"/> 經費支出明細表 <input type="checkbox"/> 經費支用單據 <input type="checkbox"/> 其他足資證明執行職場支持項目相關佐證資料 <input type="checkbox"/> 其他經分署認定有必要之文件。		



## 成果報告表

壹、計畫名稱：

貳、執行單位：

參、核定金額： 元，執行金額： 元，賸餘金額： 元

一、執行期程：自 年 月 日～ 年 月 日止

二、計畫實施情形（請依措施分述，可增列或減列，如辦理活動請檢附照片）

（一）建立友善進用機制：

1. 辦理方式：

2. 辦理績效：

（二）提供共融職場環境：

1. 辦理方式：

2. 辦理績效：

（三）促進職涯發展措施：

1. 辦理方式：

2. 辦理績效：

（四）設置職場工作教練：

1. 辦理方式：

2. 辦理績效：（應提供服務紀錄表等相關佐證資料）

（五）落實職場合理調整：

1. 辦理方式：

2. 辦理績效：（應提供職場合理調整紀錄表如附件三之一）

（六）發展群組進用模式：

1. 辦理方式：

2. 辦理績效：

（七）其他：

1. 辦理方式：

2. 辦理績效：

三、實施效益及重要成果（請敘明各項措施質化或量化效益，檢視是否達成預期目標，並說明執行本計畫前後身心障礙員工人數變動情形）

四、綜合檢討與建議（含參與者反應、回饋等）

附件五

經費支用單據及支出明細表

經費項目	核定金額	實支數	自籌經費	其他機關 補助	支用單據 編號	備註
合計						

製表人

業務主管

會計單位

負責人或其代理人