

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 ☐未取得身心障礙證明者 ☐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) ☐身心障礙者 ☐中高齡者 ☐高齡者 ☐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 ☐未取得身心障礙證明，經醫療院所確診為失智症者 ☐未取得身心障礙證明，經精神專科醫生確診為精神疾病者 ☐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 ☐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者 其他身分：(可複選，與主要身分不重複) ☐身心障礙者 ☐中高齡者 ☐高齡者 ☐獨力負擔家計者 ☐原住民 ☐低收入戶或中低收入戶中有工作能力者 ☐二度就業婦女 ☐更生受保護人 ☐家庭暴力被害人 ☐長期失業者 ☐職業災害失能勞工 ☐其他：		
個案類別	☐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) ☐受僱者(員工本人申請者勾選) ☐自營作業者 ☐居家工作者(身心障礙者居家就業服務勾選) ☐求職面試(身心障礙者本人申請者勾選) ☐參與職業訓練者(接受職業訓練者申請者勾選) ☐監護人或法定代理人提出申請		
個案姓名 (本人申請者， 需簽名或蓋章)		性別	☐ 男 ☐ 女

監護人或法定代理人 姓名 (監護人或法定代理人提出 申請者，需簽名或蓋章)		監護人或法定代理人 電話/地址/電子郵件	
個案之出生年月日		個案之國民身分證/居 留證統一編號	
服務/面試之單位/部門 (本人申請者，請填單位全 銜及所屬部門)		職稱	
個案聯繫方式 (本人申請者填列， 單位申請者免填)	電話： 手機(必填)： 地址： 電子郵件(必填)：		
到職日/參訓日期/面試日 期		教育程度	☐ 國小 ☐ 國中 ☐ 高中職 ☐ 大學(專) ☐ 研究所 ☐ 其他
實際工作地點/面試地點/ 訓練地點			
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。		
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)			
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 ☐ 是(續填2、4) ☐ 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	改善後之實用性

