

臺北市勞動力重建運用處

臺北市身心障礙者職務再設計服務申請表

112年7月更新版

註：如屬勞動部多元就業開發方案或以工代賑等公法救助性質，因用人單位與進用人員間非屬僱傭關係，請勿提出申請。

一、基本資料

申請資格： 雇主 自營作業者 受僱之個人

雇主/事業單位資料		身心障礙者資料	
單位名稱		姓名	
統一編號		到職日	年 月 日
聯絡人／ 職稱		職稱	
E-mail		E-mail	
聯絡電話		連絡	手機
		電話	職場
障礙者 工作摘要		障礙者 工作困難 簡述	
工作地址	郵遞區號： 臺北市 區		
聯絡地址 (公文收件處)	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 其他： 郵遞區號：		

共同應檢附文件

- 1、身心障礙證明正、反面影本(失智症患者得以醫療院所開立之診斷證明代替)。
- 2、身心障礙者勞保/公保證明。
- 3、助聽器需求者應檢附3個月內合格聽力師出具之聽力檢測報告，項目應含純音聽力及語音聽力(請參申請表附件1)。
- 4、具低收入戶或中低收入戶資格者，請提供相關證明，以作為後續審查補助金額之參考。

其他依申請資格應檢附資料

雇 主	<input type="checkbox"/> 已僱用身障者	※權責機關核准設立之證明文件(公務機關免附)。
	<input type="checkbox"/> 擬僱用身障者	※無障礙環境改善需求者應檢附建物所有權證明影本、建物所有權人同意書。
	<input type="checkbox"/> 身心障礙雇主	註：身心障礙雇主之補助項目僅限個人使用之輔具。
<input type="checkbox"/> 自營作業者		<ol style="list-style-type: none"> 1、從事該業之目的事業主管機關核發之相關執業登記、營業登記、許可、執照、立案、核定或備查等證明文件影本。 2、從事該業之營業所得證明或切結。 3、勞工保險得投保於所屬之職業工會，若無所屬工會成立得加保於相關職業工會。 4、自營作業者切結書(申請表附件2)。
<input type="checkbox"/> 受僱之個人		<ol style="list-style-type: none"> 1、投公保者，保險證明得以任用單位於3個月內開立之在職證明文件正本或影本代替。 2、職場人力協助需求者，請檢附雇主同意書(申請表附件3)。

二、個人資料使用

- (一) 本處因辦理職務再設計服務，並基於「個人資料保護法」及相關法令之規定下，將蒐集、處理及利用您的下列個人資料類別：姓名、出生年月日、國民身分證統一編號、性別、職業、身心障礙類別、投保異動資料(含勞保、就保及職災保險)及聯絡方式(包括電話號碼、E-MAIL、居住或工作地址)等，或其他得以直接或間接識別您個人之資料。
- (二) 您可自由選擇是否提供個人相關資料，惟若拒絕者，本處將無法提供相關服務。

- (三) 本處將以您所提供的個人資料確認您的申請資格、聯絡並查核您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) 您可依「個人資料保護法」，就您的個人資料向本處：1、請求查詢或閱覽；2、製給複製本；3、請求補充或更正；4、請求停止蒐集、處理及利用；或5、請求刪除。您因行使上述權利而導致對您的權益產生減損時，本處不負相關賠償責任。另依「個人資料保護法」第14條規定，本處得酌收行政作業費用。
- (五) 本處針對您的個人資料利用期間：將於原蒐集之特定目的、本次以外之研究、分析以及其他公務機關請求行政協助之目的範圍內，合理利用您的個人資料，並負妥善保管之責。

三、服務說明

(一) 服務流程

- 1、職場訪視及評估：由本處或本處委託專案單位之評估人員親至職場，了解您的障礙情形、職務內容及工作環境等，請先告知您的單位或主管，如無正當理由規避、妨礙或拒絕訪視，本處得依「臺北市身心障礙者職務再設計服務及補助辦法」第八條規定駁回申請。
- 2、輔具試用或效益驗證：評估人員將提供改善策略及輔具選擇建議，由您自主選擇輔具款式進行試用，並將試用情形提供予評估人員；如屬助聽器試用者，需由合格聽力師進行助聽器使用效益驗證，如無法提供，則請配合評估人員安排至相關單位試用或檢測，以利後續審查。
- 3、整體服務時程：自受理申請起算，務請配合評估人員於20日內完成需求評估及輔具試用，如因故無法於期限內完成者，請您務必載明事由向本處提出展延。評估人員完成評估後，會向身心障礙者及必要相關人員說明評估結果，並交由本處進行審查，自評估結束到函復核定結果約需2~3週作業時間。
- 4、您可針對評估結果於本處審查前，逕以傳真、電子郵件等方式提供意見陳述說明予本處；意見陳述說明得以書面、錄音或錄影等方式呈現。

(二) 審查補助原則

- 1、本處將依評估結果進行審查，並以工作需要之基本需求、相關程

度、必要性或有無其他資源等因素決議補助與否。

- 2、職務再設計之補助係以達成身心障礙者工作之基本需求為目的，非以雇主或身心障礙者個人偏好為依據。
- 3、依勞動部104年4月20日勞動發特字第1040503550號函釋職務再設計補助原則「...補助標準及補助額度以社政補助為優先，再就其最高補助額度之餘額部分由勞政部門評估補助額度，...勞政部門評估補助額度時所扣除之社政補助金額，以衛生福利部訂定「身心障礙者輔具費用補助基準表」所規範各類輔具補助項目之「最高補助金額」為依據，至其於「最高補助金額」之額度內，依福利資格可取得之不同額度，則不列入考量。」，如同時向社政單位申請輔具補助，則依函釋規定扣除社政補助金額。

(三) 其他注意事項

- 1、除因個別需求有可能於醫療院所進行檢測所需掛號或檢測費用外，職務再設計服務完全不收取任何費用。
- 2、收到本處核定公文後，始得進行輔具採購及環境改善作業，若已事前購置或施作者則不予核銷。另請於收到公文2個月內(助聽器補助於3個月內)向本處辦理核銷請款，若遇特殊狀況請務必事先通知本處申請展延期限。若送達之核銷文件無須補正者，約2週作業時間可撥付款項。
- 3、為了解本服務對您的幫助效果並作為日後改進的參考依據，請配合評估人員進行檢核暨滿意度調查。

本處業務聯絡電話：(02)2338-1600 轉分機5113、5115、5119；傳真：(02)2302-6597。

- | |
|--|
| <p><input type="checkbox"/> 本單位/本人據實填寫上述資料，且已詳細閱讀並同意臺北市勞動力重建運用處蒐集、處理、利用本人之個人資料。</p> <p><input type="checkbox"/> 同意配合評估人員親至職場訪視。</p> <p><input type="checkbox"/> 同意將輔具試用情形提供予評估人員，如無法提供，則配合相關試用或檢測。</p> |
|--|

身心障礙者簽章：

日期： 年 月 日

●本表檔案下載位置：<https://reurl.cc/ZG7lQp>。

●本表填寫完整後請併同所需附件郵寄或送至臺北市萬華區艋舺大道101號5樓。

●本服務可至「臺北市政府市民服務大平臺」(<https://service.gov.taipei>)網路申辦。

聽力檢測報告(參考格式)

受測者姓名：

1、純音聽力檢查結果，可信度：一致 不一致

單位：分貝(dB HL)

閾值 / 頻率 測驗耳	250Hz	500Hz		1KHz		2KHz		4KHz		8KHz
	氣導	氣導	骨導	氣導	骨導	氣導	骨導	氣導	骨導	氣導
右耳										
左耳										
聲場右耳										
聲場左耳										

右耳氣導純音閾值平均值：_____分貝(500Hz、1KHz、2KHz、4KHz)

左耳氣導純音閾值平均值：_____分貝(500Hz、1KHz、2KHz、4KHz)

聲場聽閾平均值：_____分貝(500Hz、1KHz、2KHz、4KHz)

2、語音聽力檢查結果：

安靜下語音測試	閾值(SRT)	最適音量(MCL)	最不適音量(UCL)	語音分辨(SD)
右耳	分貝	分貝	分貝	%
左耳	分貝	分貝	分貝	%

噪音下語音測試	閾值(SRT)	最適音量(MCL)	噪音音量	語音分辨(SD)
右耳	分貝	分貝	分貝	%
左耳	分貝	分貝	分貝	%

3、鼓室圖檢查結果：無 A型 B型 C型 As型 Ad型

4、中耳炎病史：無 有

5、聽力圖

檢測日期：_____ 聽力師簽章：

自營作業者切結書

本人_____ (姓名)，從事_____ (職業名稱)，為獨立作業，且未僱用員工幫同工作，並已於所從事自營業之職業工會或相關單位投保。

平時工作地點位於_____，每月平均淨所得約新臺幣_____元；現因障礙因素造成工作困難，故向貴處申請職務再設計服務。以上資料如有不實，願負相關法律責任，特此聲明。

此致

臺北市勞動力重建運用處

立切結書人：_____ (簽名或蓋章)

身分證字號：

戶籍地址：

中 華 民 國 年 月 日

身心障礙者之職場人力協助申請雇主同意書

為配合本公司/單位員工_____ (個人申請者姓名)申請職務再設計職場人力協助(視力協助 人力協助)，本公司同意下列相關事項：

- 一、配合受理單位進行後續實地訪視評估作業。
- 二、後續職場人力協助人員進入本公司/單位工作地點提供人力服務及必要協助。

公司/單位名稱：

主管簽章：

職 稱：

中 華 民 國 年 月 日