

# 臺北市勞動力重建運用處「頭家寶障—訓用留」實施計畫

1080124 版

## 壹、依據

身心障礙者權益保障法第 33 條：「…前項所定職業重建服務，包括職業重建個案管理服務、職業輔導評量、職業訓練、就業服務、職務再設計、創業輔導及其他職業重建服務。…」及第 44 條：「…為辦理促進身心障礙者就業權益相關事項…。」。

## 貳、目的

提昇雇主進用支持性就業服務或四十歲以上身心障礙者（以下簡稱身障者）之意願。

## 參、辦理單位：

- 一、主辦單位：臺北市勞動力重建運用處（以下稱本處）。
- 二、協辦單位：本處委託辦理身心障礙者職業重建個案管理暨就業服務單位（以下稱職重就服單位）。

## 肆、計畫內容：

本計畫以補助經由前項協辦單位推介身障者至義務或非義務進用之民營事業機構穩定就業者為限（以下簡稱民營事業機構）。

### 一、申請對象及資格：

#### （一）申請對象：

1. 非義務進用機構：指員工總人數 67 人(不含)以下之非義務進用身心障礙者之民營事業機構。
2. 義務進用機構：義務進用身心障礙者之民營事業機構(67 人以上單位)已足額進用身障者。

#### （二）申請資格：

1. 民營事業機構雇主不得進用 1 年內已離職員工。
2. 民營事業機構雇主進用四十歲以上身障員工得不須接受密集輔導。
3. 民營事業機構為五人以下，若未投保勞工保險，則必須為身障員工投保就業保險。

### 二、實施方式：

符合申請資格及條件者，得依本計畫申請補助，補助內容如下：

- （一）申請期限：各階段之申請，請依下列期限向本處辦理，

逾期不予受理。

1. 資格申請：民營事業機構雇主應於進用四十歲以上身障員工之次日，或就服員實施密集輔導結束日之次日或僱用關係結束次日起 30 日曆天內。
2. 第一階段：民營事業機構雇主於僱用身障員工工作期滿 3 個月之次日或僱用關係結束次日起 30 日曆天內。
3. 第二階段：民營事業機構雇主於僱用身障員工工作期滿 6 個月之次日起或僱用關係結束次日起 30 日曆天內。

(二) 補助期間及額度：每月係以 30 日為計算基準，自到職日（即加保日）起算每滿 30 日為 1 個月，依此類推。

1. 第一階段：自進用身障者加保日起第 1、2、3 個月，以實際薪資三分之二補助之（補助金額尾數以四捨五入計之），每月最高以 10,000 元為限。
2. 第二階段：自進用身障者第 4、5、6 個月，以實際薪資三分之一補助之（補助金額尾數以四捨五入計之），每月最高以 5,000 元為限。
3. 民營事業機構若以時薪制進用身障者，其補助額度依上述各階段比例補助之，惟不逾各階段之補助上限。
4. 若當月工作日數未滿 30 日者，依各階段當月份可補助金額上限除以 30 日乘以當月實際在職期間日數核計補助金。

(三) 申請文件：

1. 資格申請：請檢附下列文件並加蓋與正本相符及公司大小印章。
  - (1) 「臺北市勞動力重建運用處頭家寶障—訓用留實施計畫事業機構進用身心障礙者通知書」（以下稱通知書）。
  - (2) 經目的事業主管機關核發之公司登記或商業登記影本（或足以證明營利事業設立之文件影本）。
  - (3) 受僱身心障礙員工於補助期間有效之身障證明或手冊影本。

2. 第一階段或僱用關係結束（自僱用日起 3 個月內），雇主填具補助金申請表（表格 2-1），檢附下列文件並加蓋與正本相符及公司大小印章向本處申請第一階段或僱用關係結束補助金：

- (1) 身心障礙員工薪資單影本。
- (2) 身心障礙員工出勤紀錄影本。

3. 第二階段或僱用關係結束（含未滿 6 個月），雇主填具補助金申請表（表格 2-2），檢附下列文件並加蓋與正本相符及公司大小印章向本處申請第二階段或僱用關係結束補助金：

- (1) 身心障礙員工薪資單影本。
- (2) 身心障礙員工出勤紀錄影本。

(四) 審查結果：

本處將以正式公文函知雇主審查結果。

(五) 掣據請款：

經通知核定補助，雇主應於各階段核准函或僱用關係結束核准函收訖次日起 30 日曆天內檢據請款，逾期申領者，視為放棄。

(六) 注意事項：

1. 本計畫補助金額，以年度預算額度為限，本處得審酌預算執行情況，公告採限制或停止受理申辦。
2. 本計畫資格認定、各階段補助金及僱用關係結束所定申請(核銷)各項文件有欠缺，經本處書面通知雇主 2 週內補正，屆期未補正或補正不完全者，視同放棄申請。
3. 申請(核銷)文件及領據等採郵寄方式，以郵局章戳為準；採郵寄以外方式（如專人送達），以送達本處秘書室收件為準（以本處所蓋章戳為憑）。
4. 本處得實地訪查雇主進用身心障礙者之情形，必要時，得以錄音、照相、攝影等方式作成紀錄。雇主不得規避或拒絕。
5. 雇主具下列情形者，本處得依其情節輕重，予以撤銷或廢止原核准補助處分、追回全部或一部補助款，並得停止受

理其補助申請 2 年：

(1) 妨礙、規避或拒絕本處查核者。

(2) 經查證以詐欺或其他不正當手段申請補助或提具虛偽、隱匿等不實情事之申請資料者。

6. 雇主申請補助之身障員工，同時期不得重複申請政府核發之「僱用獎助津貼」、「臨時工作津貼」、「多元就業開發方案」及其他「類似性質之僱用獎助津貼或獎助金」。違反者，依法追回已核發之款項。

**伍、 預期效益：**

協助身障者獲得工作機會，提升其職業技能，增加其信心，發揮其工作潛能。

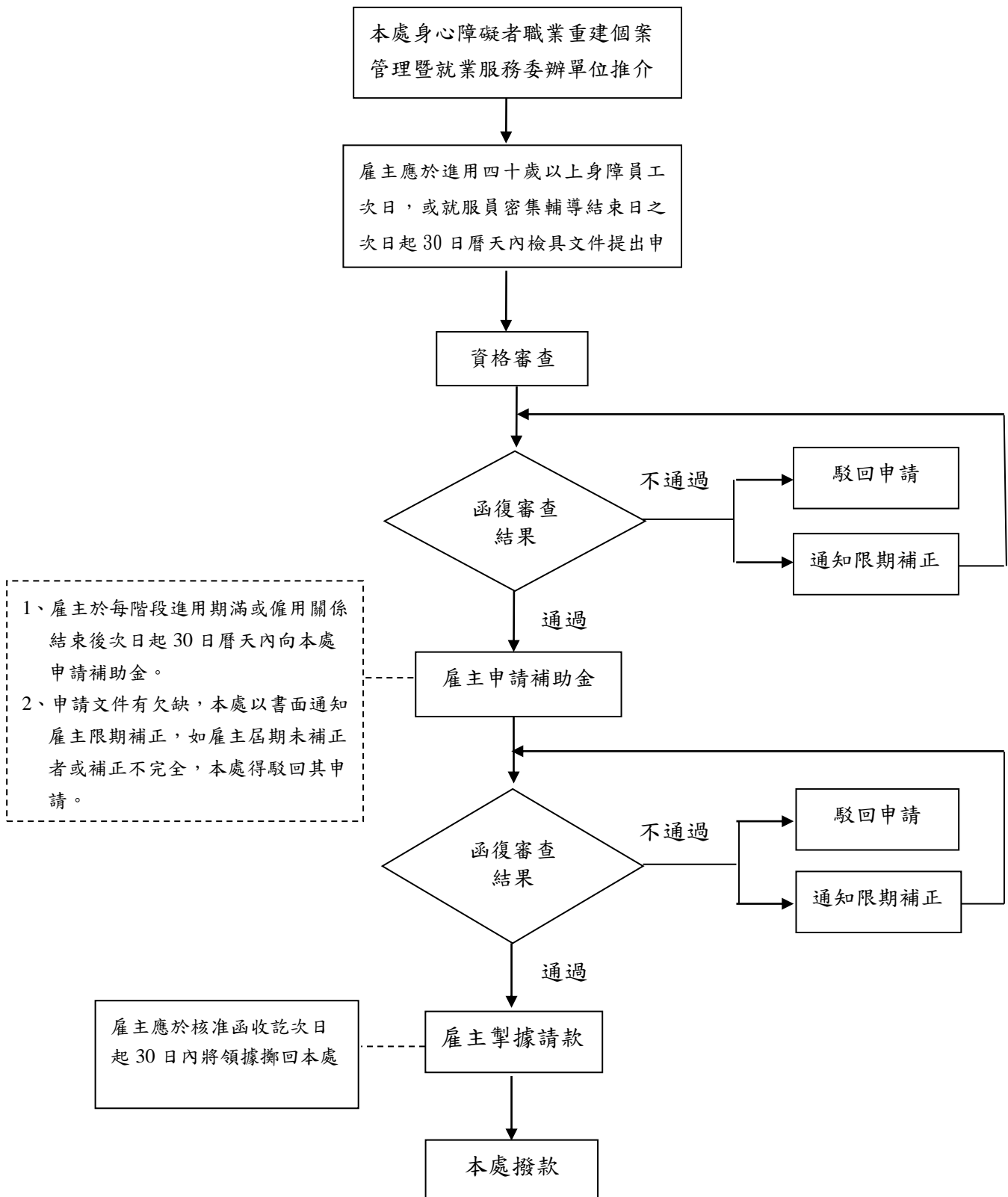
**陸、 經費來源：**

本計畫所需經費由本處身心障礙者就業基金預算項下支應。

**柒、 計畫實施期程：**

本計畫於奉核後實施，修正時亦同。

### 臺北市勞動力重建運用處「頭家寶障—訓用留實施計畫」流程圖



表格 1

## 臺北市勞動力重建運用處頭家寶障—訓用留實施計畫 事業機構進用身心障礙者通知書

填寫日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

編號\_\_\_\_\_ (毋需填寫)

事業機構基本資料	<input type="checkbox"/> 商業登記影本 <input type="checkbox"/> 公司登記影本 <input type="checkbox"/> 工廠登記證影本(請附影本) <input type="checkbox"/> 其他：_____		統一編號		業別	
	影本文件請加蓋「與正本相符」及公司大小章。					
	公司名稱：		投勞保員工數：		<input type="checkbox"/> 非義務進用機構	
	負責人：		人		<input type="checkbox"/> 義務進用機構，已超額進用	
	聯絡人：		職稱：		(事業機構章) (負責人私章)	
	聯絡電話：		傳真：			
	聯絡地址：□□□□□ (縣)市 區 路(街) 段 巷 弄 號 樓					
工作地址：□同上						
□ (縣)市 區 (郵遞區號) 路(街) 段 巷 弄 號 樓						
身心障礙員工基本資料	身心障礙手冊(證明)正面影本		身心障礙手冊(證明)反面影本			
	教育程度：□研究所 □大學 □專科 □高中職 □國中 □國小 □無					
	工作時間：□固定班：自 _____ 時 _____ 分至 _____ 時 _____ 分；每週平均工作時數為 _____ 小時。 □非固定班(請詳述)：					
	工作內容：_____					
	進用性質： □全時 □部分工時			加保日期：____年____月____日 密輔結束日：____年____月____日		
休假方式：□週休 2 日 □輪休： _____ □其他：_____						
待遇	工作待遇：□月薪 _____ 元 □時薪 _____ 元 □日薪 _____ 元					
	福利項目：□勞保 □健保 □團保 □其他福利(請說明)：_____					
其他	貴機構是否為初次進用身心障礙者：□是□否；					
	貴機構是否為初次申請「頭家寶障—訓用留」實施計畫：□是□否 申辦進用類別(必填)：□符合支持性就業 □四十歲以上					

表格 2-1

**臺北市勞動力重建運用處頭家寶障—訓用留實施計畫  
第一階段補助金申請表**

申請日期	年 月 日	事業機構 統一編號		
公司名稱	負責人		聯絡人	
聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同進用通知書		電話：	
	<input type="checkbox"/> 如下：		行動電話：	
員工姓名		身分證字號：	勞保加保日期：	
月份	第 1 個月 (自勞保生效日起 30 日) 月 日至 月 日	第 2 個月 (自第 31 日至 60 日) 月 日至 月 日	第 3 個月 (自第 61 日至 90 日) 月 日至 月 日	合計
薪資明細				
進用補助金 (本欄位由 本處填寫)	第 1 個月補助金 (≤10,000 元)	第 2 個月補助金 (≤10,000 元)	第 3 個月補助金 (≤10,000 元)	合計
申請補助 期間	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止		(事業機構章)	(負責人私章)
	共 _____ 日			
進用情況	<input type="checkbox"/> 期滿續用 <input type="checkbox"/> 期滿解僱 <input type="checkbox"/> 期間解僱 <input type="checkbox"/> 期間主動離職 <input type="checkbox"/> 其他：			
請再次檢查 申請 應附文件	1. <input type="checkbox"/> 補助金申請表(表格 2-1) 2. <input type="checkbox"/> 身心障礙員工薪資單影本 3. <input type="checkbox"/> 身心障礙員工出勤紀錄影本 註： 1. 本表如有塗改，請於塗改處加蓋負責人私章。 2. 前項影本文件請加蓋「與正本相符」及公司大小章。			

表格 2-2

臺北市勞動力重建運用處頭家寶障—訓用留實施計畫  
第二階段補助金申請表

申請日期	年 月 日		事業機構 統一編號		
公司名稱	負責人			聯絡人	
聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同進用通知書			電話：	
	<input type="checkbox"/> 如下：			行動電話：	
員工姓名	身分證字號：		勞保加保日期：		
月份	第 4 個月 月 日至 月 日	第 5 個月 月 日至 月 日	第 6 個月 月 日至 月 日	合計	
薪資明細					
進用補助金 (本欄位由 本處填寫)	第 4 個月補助金 (≤5,000 元)	第 5 個月補助金 (≤5,000 元)	第 6 個月補助金 (≤5,000 元)	合計	
補助期間 (註：勿與第一 階段日期重 疊)	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日 至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止		(機構章)		(負責人私章)
	共 _____ 日				
進用情況	<input type="checkbox"/> 期滿續用 <input type="checkbox"/> 期滿解僱 <input type="checkbox"/> 期間解僱 <input type="checkbox"/> 期間主動離職 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
請再次檢查 申請 應附文件	1. <input type="checkbox"/> 補助金申請表(表格 2-2) 2. <input type="checkbox"/> 身心障礙員工薪資單影本 3. <input type="checkbox"/> 身心障礙員工出勤紀錄影本 註： 1. 本表如有塗改，請於塗改處加蓋負責人私章。 2. 前項影本文件請加蓋「與正本相符」及公司大小章。				