

113 年度身心障礙者單次性職業訓練協助服務申請表

申請服務項目	<input type="checkbox"/> 手語翻譯員 <input type="checkbox"/> 視力協助員		
申請協助服務內容		申請單位資料	
服務人數	受服務聽(語)障/視障者： 人	單位名稱	
	受服務聽語障者手語習慣： <input type="checkbox"/> 自然手語 <input type="checkbox"/> 文字手語 <input type="checkbox"/> 讀唇	*統一編號	(公立職業訓練機構免填)
服務項目	職業訓練相關 <input type="checkbox"/> 甄試 <input type="checkbox"/> 訓後就業輔導(求職面試) <input type="checkbox"/> 其他:請說明...	申請日期	年 月 日
服務日期	自 113 年 月 日至 月 日 (星期)	連絡人	
服務時間	時間自 時 分至 時 分	聯絡電話	
服務地點	(請詳填服務地點地址)	傳真電話	
服務個案資料	姓名： 障礙類別： 障礙等級：	本單位因訓練身心障礙者，擬申請相關服務措施，以協助聽語障/視障學員參與職業訓練計畫。 使用單位與單位主管簽章： <div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 150px; margin-top: 10px;"></div>	
應檢附之申請文件	1. 本申請表 2. 受服務者之身心障礙證明正反面影本(附件 1) 3. 手語翻譯員資料與證明文件(附件 2)或視力協助員資料與切結書(附件 3~4)		
申請金額	<input type="checkbox"/> 手語翻譯員 500 元/時× <u> </u> 小時=新台幣 <u> </u> 元 1500 元× <u> </u> 場次=新台幣 <u> </u> 元 <input type="checkbox"/> 視力協助員 183 元/時× <u> </u> 小時=新台幣 <u> </u> 元		
備註	1. 請於活動前 3 個工作日提出申請表，並來電確認。 2. 服務結束後請於 10 個工作日內，檢附附件(5~7)辦理核銷作業。 3. 完成服務相關作業後，款項直接撥付服務人員指定帳戶。		
審查結果(以下欄位由博訓中心填寫)： <input type="checkbox"/> 送件時間符合作業規定，同意辦理。 <input type="checkbox"/> 資料不齊 <input type="checkbox"/> 逾期，不予受理。 受理日期：			
業務承辦人	業務主管	秘書	主任

申請附件 1

申請服務之身心障礙者資料列表						
姓 名	出生日期	身分證字號	障別	障別等級	聯絡電話	教育程度

請黏貼身心障礙證明正面影本	請黏貼身心障礙證明反面影本
請黏貼身心障礙證明正面影本	請黏貼身心障礙證明反面影本

申請附件 2

手語翻譯員資料(一)				
姓名		性別		
連絡電話/手機		學歷		
資格文件				
手語翻譯員資料(二)				
姓名		性別		
連絡電話/手機		學歷		
資格文件				
提供手語翻譯服務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	職業訓練	持有「手語翻譯」技術士證者	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 500 元編列。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本服務提供由本中心委託辦理職業訓練計畫之訓練單位協助學員提出申請。 2. 手語翻譯服務可視需求採每場次支領出席費或每小時單價計算，每場次以 3 小時為原則。 3. 手語翻譯服務時逾 2 小時(含)以上者，得視實際需要由 2 名人員輪替提供服務為原則。

申請附件 3

視力協助員資料(一)				
姓名		性別		
連絡電話/手機		學歷		
應具備資格	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 曾參加政府主辦或委辦之視力協助員訓練結訓者。			
視力協助員資料(二)				
姓名		性別		
連絡電話/手機		學歷		
應具備資格	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 曾參加政府主辦或委辦之視力協助員訓練結訓者。			
視力協助服務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
視力協助服務	職業訓練	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。 2. 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。	每小時依中央勞工主管機關公告基本工資時薪補助。	1. 本服務提供由本中心委託辦理職業訓練計畫之訓練單位協助學員提出申請。 2. 單次性服務，每場次以 3 小時為原則。

視力協助員切結書

本人_____ (身分證字號: _____) 於民國
113年0月0日, 提供職業訓練視力協助服務, 與被服務人_____ 君
(身分證字號: _____), 無配偶或二等血親關係。

茲此證明

立書人姓名：

地 址：

電 話：

中華民國 113 年 月 日

高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心
113 年度身心障礙者單次性職業訓練協助服務執行表

身心障礙者資料		申請單位資料	
姓名		單位名稱	
障別等級		連絡電話	
一、協助服務內容			
服務項目	計算方式	核銷金額	
<input type="checkbox"/> 視力協助員	每小時以基本工資時薪計 183 元/時× _____ 小時=新台幣_____元	元	
<input type="checkbox"/> 手語翻譯員	500 元/時× _____ 小時=新台幣_____元 1500 元× _____ 場次=新台幣_____元	元	
二、協助內容服務說明： 如職訓班甄試……….			

服務照片(請自行增加欄位)	
說明：	說明：
說明：	說明：

申請單位用印

核銷附件 6

高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心
113 年度身心障礙者單次性職業訓練協助服務申請
簽到表

服務日期 (年/月/日)	服務人員 姓名	服務項目	協助人員簽章	被服務者簽章
		<input type="checkbox"/> 手語翻譯員 <input type="checkbox"/> 視力協助員		
		<input type="checkbox"/> 手語翻譯員 <input type="checkbox"/> 視力協助員		
		<input type="checkbox"/> 手語翻譯員 <input type="checkbox"/> 視力協助員		

訓練單位承辦人

訓練單位主管

領 據

茲領到高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心 113 年__月__日提供「身障者 000」單次性手語翻譯視力協助服務，鐘點費或出席費新臺幣_____元整。

此 致

高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心

領 款 人：

住址（含鄰里）：

身分證字號：

電 話：

中 華 民 國 年 月 日

轉帳金融機構存摺影本浮貼處
