

113 年度身心障礙者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		
申請協助之身心障礙者資料		申請單位資料	
姓名		單位名稱	
出生日期	年 月 日	*統一編號	(公立職業訓練機構免填)
身分證字號		申請日期	年 月 日
障別等級		連絡人	
聯絡電話		聯絡電話	
參訓日期		傳真電話	
教育程度	<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大學(專) <input type="checkbox"/> 研究所		
訓練地點	<p style="text-align: center;">本單位因訓練身心障礙者，擬申請相關服務措施，以協助聽語障學員，提升訓練品質。</p> <p style="text-align: center;">訓練單位與單位主管人簽章：</p> <div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 150px; margin-top: 10px;"></div>		
案主特色及訓練內容			
遭遇問題或期待改善事項			
案主特色及訓練內容	案主特色:班級成員 0 名 00 障者(0 名重度/0 名中度/0 名輕度)。 訓練內容: 1. 輔導 00 技術士證照 2. 核心課程請自行補充...		
申請金額	<input type="checkbox"/> 手語翻譯員 500 元/時x _____ 小時=新台幣 _____ 元 <input type="checkbox"/> 視力協助員 183 元/時x _____ 小時=新台幣 _____ 元		
應檢附之申請文件			
1. 申請補助之身心障礙者資料列表(需由職重系統列印學員名冊) 2. 申請人之身心障礙證明正反面影本 3. 手語翻譯員資料與證明文件或視力協助員資料與切結書 4. 請標註協助服務之職訓課程表			
初審結果(本欄位由博訓中心填寫): <input type="checkbox"/> 送件時間符合作業規定，資料逕送審查小組審查。 <input type="checkbox"/> 資料不齊 <input type="checkbox"/> 逾期 <input type="checkbox"/> 格式錯誤，不予受理。			
審核人員簽章： 日 期：			

附件 1 職業重建系統列印參訓學員名冊

附件 2

申請補助之身心障礙者資料列表						
姓 名	出生日期	身分證字號	障別/等級	聯絡電話	參訓日期	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

附件 3

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。	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。

附件 4

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。	1. 每小時依中央勞工主管機關公告基本工資時薪補助。 2. 每人每月最高補助 60 小時，每年以不超過 360 小時為原則。	

切結書

本人_____ (身分證字號)自民國 年 月 日至民國
年 月 日止，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 年 月 日

附件 6 協助服務之職訓課程表(請標註需協助之職訓課程)