

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 (星期) 至 113 年 月 日 (星期)	連絡人	
服務時間	時間自上午 時 分至下午 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。 單位用印與單位主管人簽章：	
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)	<div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%; min-height: 150px;"></div>	
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 <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 7 個工作日內，檢附附件 (5~7)辦理核銷作業。 3. 每場次派任以 3 小時為原則。 4. 服務日期與時間以簽到退表上為依據。		
審查結果(以下欄位有博訓中心填寫)： <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

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. 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。 2. 單次性協助服務每場次以 3 小時為原則。 3. 本服務提供本中心委託辦理職業訓練計畫班別，由訓練單位協助學員提出申請。

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. 單次性協助服務每場次 3 小時為原則。 2. 本服務提供本中心委託辦理職業訓練計畫班別，由訓練單位協助學員提出申請。

視力協助員切結書

本人_____ (身分證字號: _____) 自民國
113年0月0日至民國113年0月0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 113 年 月 日

核銷附件 5

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	申請金額	
<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	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

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、到退表

手語翻譯員姓名：

視力協助員姓名：

日期	簽到時間	簽退時間	服務時數 (小時)	簽到	簽退	備註

受服務人員姓名：

日期	簽到時間	簽退時間	受服務時數 (小時)	簽到	簽退	備註

共計： 小時

申請單位或
申請人蓋章

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_____」單次性手語翻譯視力協助服務，鐘點費新臺幣_____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
