**「進用身心障礙者績優獎」獎勵申請表**

附件一

□政府機關、公立學校、公營事業機構 □私立學校、團體(非營利組織) □民營事業機構

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **一、單位基本資料** | | | |
| 機關（構）名稱 |  | 統一編號 |  |
| 地址 |  | | |
| 電話 |  | 公保/勞保證號 |  |
| 負責人 |  | 職稱 |  |
| 聯絡人 |  | 職稱 |  |
| 聯絡人  電話/手機 |  | 聯絡人  電子郵件 |  |
| 主要產品/  服務項目 |  | | |
| **二、進用事蹟及進用情形** | | | |
| (一)建立友善進用機制 | 本項得包括以下項目，請撰寫辦理情形並檢附佐證資料：   1. 進用身心障礙員工管道： 2. 人事規章明訂招募身心障礙者事項： 3. 辦理員工平權教育： 4. 提供新進身心障礙員工訓練與融入職場協助措施 | | |
| (二)改善職場環境規劃 | 本項得包括以下項目，請撰寫辦理情形並檢附佐證資料：   1. 單位軟、硬體環境改善： 2. 職務內容或工作條件適性安排： 3. 提供個別身心障礙員工所需就業輔具： | | |
| (三)促進職涯發展措施 | 本項得包括以下項目，請撰寫辦理情形並檢附佐證資料：   1. 職場心理健康管理策略： 2. 提供工作家庭平衡措施： 3. 適性工作評核機制： 4. 完善升遷及薪資福利制度： 5. 培訓專業能力： | | |
| (四)實際進用情形 | 1. 以下人數計算以109年12月31日為準： 2. 員工總人數： 3. 進用身心障礙者加權人數： 4. 請依附表提供109年身心障礙員工名冊資料。 | | |
| **三、其他聲明事項** | | | |
| 1. 最近2年有無違反身心障礙者權益保障法第16條(就業歧視)、第38條(身心障礙者定額進用)，或經就業歧視評議委員會認有身心障礙歧視之事實？   □無　　　□有(請說明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)   1. 最近2年有無附件一所列重大違反勞資關係、職業安全衛生等規定之事實？   □無　　　□有(請說明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)   1. 所有提交資料均屬實，無偽造、變造、不實或失效資料。   □是　　　□否 | | | |
| 單位印信 |  | 負責人簽章 |  |

**（單 位 名 稱）進用身心障礙員工名冊**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 縣市： 投保證號： | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 序號 | 身心障礙員工姓名 | 身分證字號 | 障礙  類別 | 障礙程度/工時(請勾選) | | | | | | | | 初次鑑定 日　　期 | 投　　保 日　　期 | 年資 | | 職稱 | 職務內容 | |
| 輕度 | | 中度 | | 重度 | | 極重度 | |
| 全時 | 部分  工時 | 全時 | 部分  工時 | 全時 | 部分  工時 | 全時 | 部分工時 | 年 | 月 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　 月　 日 | 年　月　日 |  |  |  | |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　 月　 日 | 年　月　日 |  |  |  | |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　 月　 日 | 年　月　日 |  |  |  | |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年　 月　 日 | 年　月　日 |  |  |  | |  |
| 審核欄  （由地方政府填寫） | | 身心障礙員工人數\_\_\_\_\_\_人 | |  |  |  |  |  |  |  |  | 1. 加權後人數\_\_\_\_\_人(小數無條件捨去，取整數) 2. 占員工總人數比率\_\_\_\_% | |  |  | 1.年資總和 \_\_\_\_ 年 2.平均年資\_\_\_\_\_年 | | |
| 申請單位填表說明：   1. 月領薪資未達基本工資1/2以上及庇護工場之庇護性就業身心障礙者，勿填列於名冊。 2. 表列人員以109年12月31日仍在職者為限。 3. 「投保日期」欄，請填寫身心障礙員工參加公保或勞保之加保日期。 4. 年資計算，以投保日期計算至109年12月31日止，不足1個月之日數不予計入，惟員工如於進入公司工作後才取得身心障礙資格者，則以其初次鑑定日期起算年資。 5. 表格若不敷使用，請自行新增欄位。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 審核說明：   1. 進用身心障礙員工加權人數計算，依身心障礙者權益保障法第38條第4項及第6項規定，重度全時1人\*2、重度部分工時1人\*2\*0.5、輕度及中度全時1人\*1、輕度及中度部分工時1\*0.5，合計後小數無條件捨去取整數。占員工總人數之比率，以加權後人數／110年12月31日員工總人數計算。 2. 身心障礙員工平均工作年資，以所列身心障礙員工個別年資加總後除以身心障礙員工人數(非加權人數)。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |