

# 壯世代就業促進獎勵實施要點

## 職場支持輔導計畫書(第\_\_\_\_次申請)-雇主

申請日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

案件編號：

|        |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                |                      |         |                                                                                                                                                  |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請單位名稱 |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                |                      | 代表(負責)人 |                                                                                                                                                  |
| 統一編號   |                                                                                                                                                                                                                                                   | 保險證號碼                          |                      | 承辦人姓名   |                                                                                                                                                  |
| 通訊地址   |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                |                      |         |                                                                                                                                                  |
| 聯絡電話   |                                                                                                                                                                                                                                                   | 傳真                             |                      | 電子郵件    |                                                                                                                                                  |
| 勞工人數   | 人                                                                                                                                                                                                                                                 | 法定比例<br>進用情形<br>(不含預計<br>招募勞工) | 提出申請<br>時僱用身<br>心障礙者 | 人       | <input type="checkbox"/> 已足額僱用 (不含預計招募勞工)<br><input type="checkbox"/> 未足額僱用<br><input type="checkbox"/> 已依法足額繳交差額補助費 <input type="checkbox"/> 其他 |
|        |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                | 提出申請<br>時僱用原<br>住民   | 人       | <input type="checkbox"/> 已足額僱用 (不含預計招募勞工)<br><input type="checkbox"/> 未足額僱用<br><input type="checkbox"/> 已依法足額繳交代金 <input type="checkbox"/> 其他    |
| 友善協助方案 | 規劃提供下列友善協助方案。(至少勾選一項；可複選)<br><input type="checkbox"/> 1.專屬教育訓練教材。<br><input type="checkbox"/> 2.彈性調整工作時間。<br><input type="checkbox"/> 3.家庭照顧協助措施或補助。<br><input type="checkbox"/> 4.每星期至少一次心理諮詢或關懷措施。<br><input type="checkbox"/> 5.其他(請詳述)：_____。 |                                |                      |         |                                                                                                                                                  |
| 申請補助人數 | _____個                                                                                                                                                                                                                                            |                                |                      |         |                                                                                                                                                  |
| 檢附文件   | <input type="checkbox"/> 1.依法設立資料(如公司登記、商業登記或社團法人登記等資料)<br><input type="checkbox"/> 2.已足額僱用身心障礙者及原住民等佐證文件<br><input type="checkbox"/> 3.其他                                                                                                        |                                |                      |         |                                                                                                                                                  |
| 切結簽章   | 本單位瞭解並願意遵守本要點相關規定，茲證明所提供資料均為屬實，如有不實或違反相關規定溢領獎勵、補助或津貼，除願歸還已領取之款項外，並願負一切法律責任。特此切結為憑。<br>代表(負責)人簽章：_____ (並請加蓋單位印信或圖記)                                                                                                                               |                                |                      |         |                                                                                                                                                  |

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 審核結果 | <p>(以下由審核單位填寫)</p> <p>第1次申請日前之最近1個月勞工保險投保人數為_____人，補助人數上限為_____人，前已累積核定_____人。</p> <p><input type="checkbox"/> 通過_____人，經審查符合本要點相關規定，累積核定_____人。</p> <p><input type="checkbox"/> 不通過_____人，原因：_____</p> <p>承辦人（核章）：_____單位主管（核章）：_____</p> <p>審核日期：_____年_____月_____日</p> |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|