|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **111年度「身心障礙者就業無礙計畫」**  **需求計畫申請表** | | | | | |
| **單位(全銜)** |  | | | | |
| **無障礙設施** | * 有，請勾選種類(□斜坡、□電梯、□無障礙厠所) □無 | | | | |
| **聯絡人/職稱** |  | | **聯絡方式** | **電話** |  |
| **傳真** |  |
| **信箱** |  |
| **管理人/職稱** |  | | **聯絡方式** | **電話** |  |
| **傳真** |  |
| **信箱** |  |
| **需求摘述** | **工作地點** |  | | | |
| **需求人數** |  | | | |
| **預計工作內容** | □電腦文書處理 | | | □檔案整理 |
| □臨櫃服務 | | | □電話接聽 |
| □公文收發 | | | □公文遞送 |
| □環境清潔維護 | | | □簡易水電維修 |
| □活動支援 | | | □行政庶務 |
| □其他(請詳述)： | | | |
| **配套措施** | (包括訓練及留用計畫) | | | | |
| **預期效益** | (請具體數量化) | | | | |
| **申請總金費** | 新臺幣 元(詳經費概算表) | | | | |

**備註：111年度身心障礙者進用期間統一為5月1日至10月31日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **(單位全銜)申請**  **111年度「身心障礙者就業無礙計畫」**  **經費概算表** | | | | |
| **項目** | **申請人數** | **單價(元)\*月數** | **申請金額(元)** | **備註** |
| **僱用身心障礙者** |  | 24,000\*6 |  |  |
| **僱用身心障礙者-雇主所需負擔勞健保費用** |  | 3,200\*6 |  |  |
| **合計** |  |  |  |  |

**承辦人： 單位主管： 機關首長：**