

彰化縣政府-勞工處「114年度視力協助員」計畫

視力協助員申請表

申請日期： 年 月 日

服務同意書

申請人： (簽章)

身份證字號：

聯絡電話：

戶籍地址：

預計服務執行期間： 年 月 日起 年 月 日止

- 一、該計畫由本人與承辦人共同擬定，本人願意配合共同執行計畫。
- 二、不得要求視力協助員提供與職場工作無關之協助，如：日常生活或行動等協助、違法或其他非就業相關之私事。
- 三、為避免資源重覆使用及資源分配原則，本人不得同時使用他機構同類型服務。

(如申請者無法閱讀，由承辦人以口述說明服務計畫；如申請者無法書寫，請用印章簽訂服務同意書。)

視力情況	服務項目	服務方式	緊急聯絡人	備註
<input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 弱視 左眼： 右眼：	<input type="checkbox"/> 職訓 <input type="checkbox"/> 工作	<input type="checkbox"/> 定點 地點： <input type="checkbox"/> 機動式	姓名： 關係： 電話： 手機：	需檢附： 1.身障證明影本 2.工作/投保證明 3.職訓證明
審查結果： <input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合				

承辦人

科長

單位主管