

**社會福利署
「殘疾僱員支援計劃」（「計劃」）申請表格**

填寫申請表格須知

1. 請為每一位受惠的殘疾僱員填寫一份申請表格。
2. 本申請表格共有五個部份。如有需要，請另加附頁。
3. 請將填妥的申請表格及其他證明檔（如適用），一式兩份，經轉介機構遞交／郵寄往「九龍深水埗元州街 290-296 號西岸國際大廈 5 樓 503 室社會福利署康復及醫務社會服務科收」。
4. 請於表格內填寫相關的資料，並在適當的位置加上剔號。

| | |
|----------|----------|
| (只供內部填寫) | |
| 收表日期： | |
| 申請編號： | SPED - - |

第一部份 – 基本資料 【由殘疾人士的僱主（申請機構）填寫】

1. 申請機構資料

機構名稱： (中文) _____
(英文) _____

香港商業登記證號碼 (如適用)： _____

如未能提供商業登記證號碼，請注明機構成立或登記所依據的條例：

機構地址 (如適用，請填寫總辦事處地址)：

主要業務性質：

(1) 製造業

| | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 電子 | <input type="checkbox"/> 餐食製造 | <input type="checkbox"/> 珠寶首飾 |
| <input type="checkbox"/> 工業機械 | <input type="checkbox"/> 金屬製品 | <input type="checkbox"/> 印刷及出版 |
| <input type="checkbox"/> 紡織及制衣 | <input type="checkbox"/> 玩具 | <input type="checkbox"/> 鐘錶 |
| <input type="checkbox"/> 其他 (請注明) | _____ | |

(2) 非製造業

| | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 飲食及酒店 | <input type="checkbox"/> 清潔 | <input type="checkbox"/> 運輸 |
| <input type="checkbox"/> 文書 | <input type="checkbox"/> 資訊系統 | <input type="checkbox"/> 客戶服務 |
| <input type="checkbox"/> 批發及零售 | <input type="checkbox"/> 旅遊 | <input type="checkbox"/> 社會福利服務 |
| <input type="checkbox"/> 地產 | <input type="checkbox"/> 其他 (請注明) | _____ |

2. 申請機構授權的聯絡人資料

姓名： (中文) _____ 先生／小姐／女士*
(英文) _____ Mr / Miss / Ms*

職位： _____

電話號碼： _____

傳真號碼： _____

電郵地址： _____

*請刪去不適用者

3. 受惠的殘疾僱員資料

姓名： (中文) _____
(英文) _____

性別： 男 女

出生日期： _____ 年齡： _____

身份證號碼： _____

工作地址： _____

辦公室電話號碼： _____

家居／手提電話號碼 (如適用)： _____

僱傭合約生效日期 (月份／年份)： _____

平均每月薪金及津貼總額： \$ _____

每星期工作時數： _____

職位： _____

職責： _____

主要殘疾類別 (可選擇多於一項)

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 注意力不足／過度活躍症 | <input type="checkbox"/> 自閉症 |
| <input type="checkbox"/> 聽障 | <input type="checkbox"/> 智障 |
| <input type="checkbox"/> 肢體傷殘 | <input type="checkbox"/> 精神病 |
| <input type="checkbox"/> 特殊學習困難 | <input type="checkbox"/> 言語障礙 |
| <input type="checkbox"/> 器官殘障 | <input type="checkbox"/> 視障 |

4. 於過去五年內，申請機構有否曾經為同一位殘疾僱員申請社會福利署「殘疾僱員支援計劃」，並獲批資助購買輔助儀器及／或改裝工作間？

- 沒有 (請直接往第二部份)
 有 (請注明獲批款的日期及專案)

5. 請闡述再次申請的原因，並提供相關的證明檔供「計劃」委員會考慮 (如不敷使用，請另行加紙)

第二部份 – 建議書（由申請機構填寫）

1. 擬購買的輔助儀器及／或進行的改裝工程（請為每個申請專案附上最少兩份報價單）

| 項目 | 類型及型號 (如適用) | 預期的成效 (例如該項儀器及／或 工程如何協助殘疾僱員 在執行職務時更有效率 等) | 價格 (請列出 較低的報 價) (港幣 \$) |
|---|----------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 輔助儀器（如不敷使用，請另行加紙） | | | |
| (i) | | | |
| (ii) | | | |
| <input type="checkbox"/> 改裝工作間（如不敷使用，請另行加紙） | | | |
| (i) | | | |
| (ii) | | | |
| | | | 總額 |

2. 申請資助總額： \$ _____ (最高為\$40,000 ^{註一})

3. 預計受惠的殘疾僱員，使用擬購買的輔助儀器的頻率：

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 每天 | <input type="checkbox"/> 每兩至三天一次 |
| <input type="checkbox"/> 每四至六天一次 | <input type="checkbox"/> 每星期一次 |
| <input type="checkbox"/> 其他 (請適當地加以說明／描述) _____ | |

4. 預計受惠的殘疾僱員，使用擬改裝的工作間的頻率：

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 每天 | <input type="checkbox"/> 每兩至三天一次 |
| <input type="checkbox"/> 每四至六天一次 | <input type="checkbox"/> 每星期一次 |
| <input type="checkbox"/> 其他 (請適當地加以說明／描述) _____ | |

5. 在沒有擬購買的輔助儀器及／或沒有進行工作間改裝的情況下，該殘疾僱員能否履行他／她的職責？

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 受惠的殘疾僱員能夠履行他／她大部份的職責 (請適當地加以說明) _____ |
| <input type="checkbox"/> 受惠的殘疾僱員能夠履行他／她部份的職責 (請適當地加以說明) _____ |
| <input type="checkbox"/> 受惠的殘疾僱員不能夠履行他／她的職責 (請適當地加以說明) _____ |
| <input type="checkbox"/> 其他 (請適當地加以說明) _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |

第三部份 – 聲明（由申請機構填寫）

- 本人獲申請機構授權，並已閱讀及明白「殘疾僱員支援計劃」資料檔案及「收集個人資料之前致資料當事人的通知書」（見此表格附錄）。
- 申請表格內所提供的資料乃真確無誤。本人明白申請機構如故意或蓄意作虛假聲明、隱瞞資料或誤導社會福利署（社署），以獲得本計劃的資助，申請機構可能會被起訴。
- 本人謹此聲明，除非獲社署事先批准，申請機構不會出售、租賃或轉讓「殘疾僱員支援計劃」資助購買的儀器予其他機構或個人／僱員。
- 本人明白申請機構須讓社署及／或「殘疾僱員支援計劃」管理機構探訪工作地點，以評估及檢視輔助儀器及／或改裝工程。
- 本人明白社署及／或「殘疾僱員支援計劃」管理機構在處理及覆核申請時，可要求申請機構出示或授權社署及／或「殘疾僱員支援計劃」管理機構向有關人士索取相關的證明文件，作核實之用。
- 本人明白申請機構如未能與社署及／或「殘疾僱員支援計劃」管理機構合作，可能會導致申請被終止或被要求退還已收取的資助。

機構蓋印（如適用，請蓋上總辦事處印章）

申請機構授權的
聯絡人簽署：_____

申請機構授權的
聯絡人姓名及職位：_____

機構名稱：_____

日期：_____

第四部分 – 聲明（由殘疾僱員填寫）

1. 本人已閱讀及明白「殘疾僱員支援計劃」資料檔案及「收集個人資料之前致資料當事人的通知書」(見此表格附錄)。
2. 本人知悉申請機構將向「殘疾僱員支援計劃」申請資助。
3. 本人明白在申請時如提供任何虛假或誤導性的資料，此申請將會在沒有預先知會的情況下被取消資格。

簽署： _____

姓名： _____

日期： _____

第五部分 – 評語（由轉介機構填寫）

1. 轉介機構資料：

姓名： (中文)

(英文)

轉介機構類型

- 獲社署資助營辦職業康復服務的非政府機構
 - 獲僱員再培訓局資助，並為殘疾人士或康復中的工傷人士開辦訓練課程的非政府機構
 - 勞工處的展能就業科
 - 職業訓練局
 - 「殘疾僱員支援計劃」管理機構

2. 為受惠於是次申請的殘疾僱員所提供之服務的時期：

□ 少於六個月

□ 六至十一個月

□ 十二至二十四個月

□ 多過二十四個月

3. 為受惠的殘疾僱員提供的服務：

4. 殘疾僱員的殘疾類別：(可剔選多於一項)

□ 注意力不足／過度活躍症

□ 自閉症

聽障（如適用，請剔選以下方格）

□ 聽力損失>70 分貝

□ 聽力損失 41 至 70 分貝

□ 聽力損失 26 至 40 分貝

智障（如適用，請剔選以下方格）

□ 極度嚴重

□ 嚴重

中度

□ 輕度

□ 肢體傷殘

□ 請說明：

精神病（如適用，請剔選以下方格）

重性精神病

神經官能病

其他（請說明） _____

特殊學習困難

言語障礙

器官殘障／長期病患

請說明：_____

視障（如適用，請剔選以下方格）

嚴重

中度

輕度

5. 對第二部份內建議書的評語

| 範疇 | 輔助儀器 | 改裝工作間 |
|--------------|---|---|
| a. 受惠殘疾僱員的需要 | <p><input type="checkbox"/> 擬購買的輔助儀器可以滿足受惠殘疾僱員在工作間的需要。</p> <p><input type="checkbox"/> 擬購買的輔助儀器未能滿足受惠殘疾僱員在工作間的需要。</p> <p><input type="checkbox"/> 其他備註： _____ _____ _____ _____</p> | <p><input type="checkbox"/> 擬進行的改裝工程可以滿足受惠殘疾僱員在工作間的需要。</p> <p><input type="checkbox"/> 擬進行的改裝工程未能滿足受惠殘疾僱員在工作間的需要。</p> <p><input type="checkbox"/> 其他備註： _____ _____ _____ _____</p> |
| b. 工作效率 | <p><input type="checkbox"/> 將會加強受惠殘疾僱員在執行職務時的效率。</p> <p><input type="checkbox"/> 將不會加強受惠殘疾僱員在執行職務時的效率。</p> <p><input type="checkbox"/> 其他備註： _____ _____ _____ _____</p> | <p><input type="checkbox"/> 將會加強受惠殘疾僱員在執行職務時的效率。</p> <p><input type="checkbox"/> 將不會加強受惠殘疾僱員在執行職務時的效率。</p> <p><input type="checkbox"/> 其他備註： _____ _____ _____ _____</p> |

| 範疇 | | 輔助儀器 | 工作間改裝工程 |
|----|---------|---|--|
| c. | 可行性 | 不適用 | <input type="checkbox"/> 擬進行的改裝工程是可行的。 <input type="checkbox"/> 擬進行的改裝工程是不可行的。 <input type="checkbox"/> 其他備註： <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| d. | 申請資助的金額 | <input type="checkbox"/> 申請資助的金額合理。 <input type="checkbox"/> 申請資助的金額並不合理。 <input type="checkbox"/> 其他備註： <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | <input type="checkbox"/> 申請資助的金額合理。 <input type="checkbox"/> 申請資助的金額並不合理。 <input type="checkbox"/> 其他備註： <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |

聲明

1. 本人獲轉介機構授權，並已閱讀及明白「殘疾僱員支援計劃」資料檔案。
 2. 本人明白轉介機構須就是次申請給予相關的評語，並已依照本機構所知，核實申請機構所提供的資料。

機構蓋印

負責人員簽署：

負責人員姓名及職位：_____

轉介機構名稱：

電話號碼：

傳真號碼：

地址：

日期：

收集個人資料之前致資料當事人的通知書

向社會福利署提供個人資料之前，請先細閱本通知書。

收集資料的目的

1. 社會福利署（社署）會使用你所提供的個人資料，向你提供你所需要的適當援助或服務，包括但不限於監察及檢討各項服務、進行研究及調查，以及履行法定職責。向社署提供個人資料，純屬自願。如你未能提供足夠的個人資料，本署可能無法處理你的申請或向你提供援助／服務。

可能經由社署轉介資料的人士的類別

2. 你所提供的個人資料，會供本署在工作上有需要知道該等資料的職員使用。除此之外，本署職員在需要時亦只會向下列有關方面或在下列情況披露該等資料：

- (a) 其他涉及評定你的申請，或向你提供服務／援助的有關方面，例如政府決策局／部門、非政府機構及公用事業公司；或
- (b) 由法律授權或法律規定須向其披露資料的有關方面；或
- (c) 你曾同意向其披露資料的有關方面。

查閱個人資料

3. 除了《個人資料（私隱）條例》規定的豁免範圍之外，你有權就社署備存有關你的個人資料提出查閱及改正要求。不過，在一般情況下，如收集資料的目的已經完成，本署會刪除有關的個人資料。在條例內訂下的查閱權利是指在繳付所需費用後，取得你的個人資料的複本一份。查閱資料要求須以書面提出。

對你申請的服務的查詢、查閱及改正個人資料的要求

4. 請確保你向社署提供的資料正確無誤。如你對所提交的援助／服務申請有任何查詢，或對所提供的資料有任何更改，亦請聯絡向你收集資料的辦事處。

5. 如果你希望查閱你的個人資料，以及在查閱個人資料後要求改正所得的資料，請向下列人士提出：

| | | |
|------|---|------------------------------------|
| 職位名稱 | ： | 一級行政主任(康復服務市場顧問辦事處) |
| 地址 | ： | 九龍深水埗元州街 290-296 號西岸國際大廈 5 樓 503 室 |
| 電話號碼 | ： | 3586 3594 |