

附表四

**勞動部勞動力發展署高屏澎東分署
辦理「職場學習及再適應計畫」書面審查表**

流程控管 【分署應於用人單位提出 申請後7個工作天內完成 審查】		項目	中心收件	中心初審	中心送分署	分署收件	備註
		日期					
		簽章					
申請單位名稱 (請填全銜)							
申請單位地址							
實際職場學習及再適應 地址							
負責人職稱及姓名				聯絡電話			
聯絡人職稱及姓名				聯絡電話			
申請人數		<input type="checkbox"/> 一般時數 名		<input type="checkbox"/> 部分時數 名		合計 名	
就業 中心 初審	審 查 文 件 及 項 目	<input type="checkbox"/> 職場學習及再適應申請書					
		<input type="checkbox"/> 登記證明文件影本或其他合法登記、立案之證明文件					
		<input type="checkbox"/> 申請計畫日前最近一個月之勞工保險投保人數，非強制投保之用人單位，需提出足以證明公司員工數之文件。					
		<input type="checkbox"/> 其他(用人單位在職員工人數及勞工保險投保人數證明文件切結書)					
		<input type="checkbox"/> 已依身心障礙者權益保障法及原住民族工作權保障法比例進用規定，足額進用身心障礙者及原住民或繳納差額補助費、代金之文件。					
		<input type="checkbox"/> 提供職場學習及再適應之工作機會符合本計畫之目的。 <input type="checkbox"/> 符合職場學習及再適應之其他相關規定。					
		<input type="checkbox"/> 其他經執行單位認定與本計畫審核相關之必要文件。 備註：					
		實地審查： <input type="checkbox"/> 是(實際再適應場所)，原因：_____				<input type="checkbox"/> 否，原因：_____	
		1. 職缺適當性：					
		2. 廠商運作狀況：					
		3. 有否運用其他相關就促方案：					
		4. 與中心/分署配合度：					
		5. 其他：					

就業 中心 初審	初審 意見	是否申請過本計畫： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（免填下列資料）					
		1. 留用人數：					
		2. 是否依照申請計畫工作內容與地點執行： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
		3. 差勤管理是否正常： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
		4. 用人單位督導機制正常運作： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
		5. 是否為進用人員辦理投保勞工保險及全民健康保險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
		6. 是否按時發放個案職場學習及再適應津貼： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
		7. 訪視情形說明：					
		建議核定人數： <input type="checkbox"/> 一般時數 名					
		<input type="checkbox"/> 部分時數 名					
		初審人員：		主任：			
業務 科 複 審	複審 意見	審 查 結 果		<input type="checkbox"/> 合 格			
				<input type="checkbox"/> 不合格，原因：			
		核定職場學 習及再適應 機會數		<input type="checkbox"/> 一般時數 名		<input type="checkbox"/> 部分時數 名	
		核定總補助額度		月			
		核定補助總經費		元			
備 註							
承辦人		業務主管		機關首長			

審查日期： 年 月 日