

110 年度視覺障礙者申請視力協助服務規範

在臺中市就業的視障大小朋友們，您們是否在初期就業上遇到適應工作環境問題外，在前往就業路途上的交通擔憂、或是職場上的文書行政上的困擾？若有歡迎與我們聯繫，我們會派視力協助人員協助您就業，進而讓您能獨立

壹、主辦單位

臺中市政府勞工局

貳、承辦單位

社團法人台灣盲人福利協進會全國總會

參、服務目的

透過視力協助員（以下簡稱視協員）協助視覺障礙者適應職場及提升工作品質效率，渡過初期就業之障礙困難，進而獨立並穩定就業。

肆、服務對象

本計畫視力協助服務範圍以臺中市為主，且具以下相關資格之一之視覺障礙者：

- 一、在職之視障者：任職於本市公、私立機關（構）之視障者。
- 二、接受職業訓練之視障者：參加公立職業訓練機構或政府自行或委託辦理之職業訓練之視障者。
- 三、自營作業之視障者。
- 四、即將任職於本市公、私立機關（構）之視障者：經通知分發、錄取或任用等，即將任職於本市公、私立機關（構）之視障者。
- 五、其他經本局認為有必要提供與就業需求服務相關之視障者。

伍、服務項目

由本局合格之視協員提供合於前揭服務對象之視覺障礙者（以下簡稱受服務者），與就業及就業前準備相關之人力協助為主（其餘涉及個人生活私事及居家服務等事項，非服務範疇），其服務項目為：

一、職場文書行政協助服務：

- （一）口語報讀與錄音：提供受服務者與所從事工作相關之書面文件、書籍、影像等資料之報讀與錄音服務。
- （二）電腦操作協助：提供受服務者與所從事工作相關之打字、排版、繪製表格、圖形、統計表、插入圖片、power point 等電腦文書處理協助服務。
- （三）資料整理與搜尋：提供受服務者與所從事工作相關之書面文件、書籍、影像等資料之查閱、填寫、搜尋、分類、排放、掃描、轉檔與校對等服務。

二、職場交通定向協助服務：

- （一）職場簡易定向行動：協助受服務者瞭解工作環境空間，並協助學習簡易定向行動、規劃安全步行路線，以獨立行走。

- (二)短期就業交通陪同：陪同受服務者熟悉、定向就業交通路程，以步行、搭乘大眾交通運輸工具為原則，包含陪同外出洽公、開會。
- 三、其他經審查與就業相關之服務事項，惟長期就業相關人力需求或交通接送應由受服務者自行負擔，非本服務所提供之事項。

陸、服務費用

視協員服務費用每小時為新臺幣（以下同）200 元，由本局補助 80%（每小時 160 元），受服務者需自行負擔 20%（每小時 40 元）。

柒、服務時數

- 一、視力協助服務時數由承辦單位初審評估、本局複審核定，受服務者每人每月接受服務時數最高以 30 小時、1 年最長以 180 小時為原則。
- 二、考量服務資源有限性及其各協助項目能充分運用，受服務者申請之視力協助服務項目，年度內每項以不超過 100 小時為原則。
- 三、考量資源有限及各服務項目能充分運用，服務大項以不超過 100 小時為原則，又服務細項「短期就業交通陪同服務」以不超過 60 小時為原則，且同案申請之核定時數將逐年降低 20%。
- 四、以上有特殊需求，經本局核准者，不在此限。

捌、服務時間

原則為上午 7 時至下午 9 時，依視協員實際人力狀況提供服務，每位視協員每日至多服務 12 小時、每月至多服務 222 小時，若非服務時間或人力調派不足則無法提供服務。但有特殊需求，經本局、承辦單位及視協員核准同意者，不在此限。

玖、服務人數

每次服務應以服務 1 人為原則，經本局核准至多服務 2 人，且服務時數以實際服務時間為計算。

壹拾、受理申請與服務期程

- 一、110 年度分六階段受理申請，每一階段受理期程如下：

- (一)第一階段自本規範公告日起至 4 月 30 日。
- (二)第二階段自 5 月 1 日至 5 月 31 日。
- (三)第三階段自 6 月 1 日至 6 月 30 日。
- (四)第四階段自 7 月 1 日至 7 月 31 日。
- (五)第五階段自 8 月 1 日至 8 月 31 日。
- (六)第六階段自 9 月 1 日至 9 月 30 日。

本年度視力協助服務時數用罄後，本局得公告停止申請。

- 二、服務期程自 110 年 5 月 1 日起至 110 年 12 月 10 日止，本服務皆應經本局委託承辦單位安排指派之視協員提供。

壹拾壹、服務流程

- 一、受服務者應檢具下列文件向承辦單位提出申請：
 - (一)服務申請表。

- (二) 視覺障礙或含視覺障礙之多重障礙之身心障礙證明。
- (三) 投保證明、僱用證明、分發（錄取）證明、接受職業訓練或居家就業相關證明。
- (四) 以自營作業提出申請者，應提供各目的事業主管機關核發之相關執業登記、營業登記、許可、執照、立案、核定、備查等證明文件或公益彩券傳統型及立即型彩券經銷證明文件。
- (五) 其他本局指定之文件。

二、資格審查、評估與核定：

申請資格、視力協助服務內容、服務時數及期間等，均經本局指定之專業人員評估，並經本局審查後核定內容事項。

三、服務媒合：

承辦單位按本局核定結果，並依視協員行政區域或專長能力等，安排及調派提供服務。

四、進行視力協助服務：

- (一) 視協員於每案第一次服務時，應向受服務者說明本服務規範，並由雙方確認服務內容與方式等。
- (二) 每次服務結束時，由視協員填寫服務紀錄表，並主動告知受服務者當次服務時數，由受服務者於服務紀錄表簽章，以確認視力協助之總服務時數。

五、後續追蹤：

- (一) 視協員與受服務者於服務期間應接受本局指派之人員不預告訪視與督導，以瞭解計畫執行情形，並維持視力協助服務品質。
- (二) 視協員與受服務者應配合查填本計畫相關滿意度調查暨表單。

壹拾貳、其他應注意與遵守事項

- 一、受服務者過去接受視力協助服務之使用情形將列為核定時數之參考。
- 二、受服務者經查詢已核定補助其他職場人力協助措施者，不得再重複申請本服務。
- 三、服務期間，受服務者應確實依本局核定之時數及內容接受視力協助服務，不得任意變更，如有疑義請依下列規定辦理：
 - (一) 受服務者與視協員約定之時間或地點與核定不同時，應通報承辦單位，並由承辦單位報備本局，如受服務者職務內容有異動，原核定之服務期程與時數則予終止，若受服務者異動後職務仍有需求，應於 110 年 10 月 31 日前重新申請與評估。
 - (二) 服務時間計算從視協員實際接觸到受服務者開始，至視協員服務完成、離開受服務者結束，未滿半小時者以半小時計，超過半小時而未滿 1 小時者以 1 小時計。
 - (三) 如遇緊急狀況無法接受服務或問題克服不需服務時，應於服務前 2 個工作天主動告知承辦單位，以利後續處理，如受服務者當天臨

時請假或未到場者，該次服務將以半小時計算。

- (四)受服務者如因個人因素致本局所核定之服務時數不足以應付工作上之需要者，應自行負責，不得以此為由要求延長服務時間。
- (五)如因故須延長該次服務時間，或須視協員提供本局所核定服務項目以外之其他情形時，應由受服務者事先以電話通知承辦單位，並經本局同意後方可執行，不得直接向視協員提出要求。
- (六)受服務者不得要求視協員提供與就業無關之協助，如：生活私事或居家服務等事項，未依規定逕自要求者，視協員得以拒絕。
- (七)本計畫視力協助服務範圍以臺中市為主，若確實因工作須由視協員陪同至外縣市，應經視協員及承辦單位同意後方可執行。
- (八)視協員提供短期就業交通陪同服務時，視協員之交通費用應由受服務者負擔。
- (九)受服務者申請後經核定之服務時數因故未能於本計畫期程內被履行時，不得要求遞延。
- (十)受服務者不得指定特定條件之視協員；倘因服務人力不足，得由不同視協員輪替提供服務。
- (十一)受服務者於接受服務後，如與提供服務之視協員間確有無法適應之情況（包含服務方式或互動狀況等），或認有權益遭受損害之情形，均可主動向承辦單位反映，並經調查瞭解後，承辦單位得決定是否另指派視協員。
- (十二)受服務者於核定後 1 個月內未使用服務、使用率偏低或違反本規範，經評估後，得撤銷部分或全部未使用之時數。

四、視協員於服務時間內，如有下列行為，受服務者應隨時向本局反映：

- (一)藉服務之便延攬其個人業務或從事服務範圍以外之工作。
- (二)要求、索取或收受酬勞或禮品。
- (三)自行攜伴或邀約非本局同意之人員參與或陪同。
- (四)非經本局同意，私自找人代替服務。

五、受服務者於接受服務過程中之資料，除依服務需求由本局、承辦單位及受派視協員知悉外，餘受個人資料保護法之保護，視協員亦同。

壹拾參、終止服務

- 一、服務期間因故不符合服務對象之資格。
- 二、受服務者經本局發現有隱匿不實或造假情事，應撤銷該服務案件，並由受服務者自行負擔已接受視力協助服務所衍生之全部服務費用；情節重大者，於次年度起一年內不得申請本服務之協助。
- 三、違反上述義務事項之規定，且情節重大者。

壹拾肆、本規範未規定之事項，應依相關法令規定辦理，如有未盡事宜，本局得隨時修訂補充之。

臺中市政府勞工局 110 年度視力協助服務申請表

受理日期： 年 月 日 (第 階段申請案)

案件編號：

申請人姓名							申請日期	年	月	日			
身分證字號										出生日期	年	月	日
障別等級							聯絡電話	住家： 手機：					
致障原因	<input type="checkbox"/> 先天 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 職業災害 <input type="checkbox"/> 其他：_____						教育程度	<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大學(專) <input type="checkbox"/> 研究所					
健康狀況	<input type="checkbox"/> 全盲： <input type="checkbox"/> 有光覺 <input type="checkbox"/> 無光覺 <input type="checkbox"/> 低視力：左眼_____ · 右眼_____ <input type="checkbox"/> 現有疾病：_____						目前輔具 使用狀況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 白手杖 <input type="checkbox"/> 特製眼鏡 <input type="checkbox"/> 手持望遠鏡 <input type="checkbox"/> 放大鏡 <input type="checkbox"/> 擴視機 <input type="checkbox"/> 智慧型語音手機 <input type="checkbox"/> 點字板 <input type="checkbox"/> 點字觸摸顯示器 <input type="checkbox"/> 盲用電腦 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
現居地址	_____市_____區_____里(村)_____鄰_____路(街)_____段_____巷 _____弄_____號_____樓												
工作地址	_____市_____區_____里(村)_____鄰_____路(街)_____段_____巷 _____弄_____號_____樓												
現職狀況	就業類別	工作單位	職稱	工作時間	工作內容	每月 平均收入	起訖年月						
	<input type="checkbox"/> 任職												
	<input type="checkbox"/> 接受職業訓練												
	<input type="checkbox"/> 自營作業者												
	<input type="checkbox"/> 即將任職												
<input type="checkbox"/> 其他													
現職遭遇困難簡述及預擬改善方式													

申請項目 個人生活私事、居家服務、長期就業相關 人力需求或交通接送等事項·非服務範疇。		申請 時數	申請服務時間 (日期或星期 、時間起訖)	申請服務地點(地址)	申請共同 受服務者姓名
職場文書行 政協助服務	<input type="checkbox"/> 口語報讀與錄音			<input type="checkbox"/> 現居地址 <input type="checkbox"/> 工作地址 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 姓名：
	<input type="checkbox"/> 電腦操作協助			<input type="checkbox"/> 現居地址 <input type="checkbox"/> 工作地址 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 姓名：
	<input type="checkbox"/> 資料整理與搜尋			<input type="checkbox"/> 現居地址 <input type="checkbox"/> 工作地址 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 姓名：
	小 計				
職場交通定 向協助服務	<input type="checkbox"/> 職場簡易定向行動			<input type="checkbox"/> 工作地址 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 姓名：
	<input type="checkbox"/> 短期就業交通陪同 (<input type="checkbox"/> 公車號碼___· <input type="checkbox"/> 捷運)			<input type="checkbox"/> 現居地址 <input type="checkbox"/> 工作地址 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 姓名：
	小 計				
其他就業相 關服務需求			<input type="checkbox"/> 現居地址 <input type="checkbox"/> 工作地址 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 姓名：	
總 計			備註：表格如不敷使用，請自行增刪調整。		

應檢附之證明文件黏貼處

身心障礙證明(正面)影本

身心障礙證明(反面)影本

申請人簽章：

聯絡人簽章(字體需清晰)：

本人已完全瞭解並明白「視力協助服務規範」、
「防疫規範」，並願遵守相關規定。

與申請人關係：_____

聯絡電話：_____

※ 如有任何問題或申請表需要協助填寫，請洽承辦單位 (社團法人台灣盲人福利協進會全國總會，地址：
臺中市東區進化路 170 號 3 樓，電話：04-22114244 王社工) 或本局 (電話：04-22289111 分機 35421
金小姐)。