

【108 年度友善募集視力協助員簡章】

您是否具備相關學經歷背景，想要有機會服務視障朋友呢？歡迎與我們聯繫加入臺中市視力協助服務～

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、募集目的

為幫助視覺障礙者工作需求，在書籍報讀、繪製表格、資料校對、分類整理等工作上提升效率，透過安排視力協助員至工作場所，提供職場文書行政協助服務、職場交通與定向協助服務，排除視障者因視力不良導致工作障礙的方式，促進視障者穩定就業。

肆、募集對象（符合下列之一）

一、曾參加視力協助員、行動協助員或定向行動師等培訓者。

二、曾從事身心障礙者（含視障者）就業、教育文化或社會福利相關服務一年以上者。

三、就讀或畢業於視光、復健諮商、社會工作、職能治療、物理治療、特殊教育、心理或輔導之相關科系所者。

伍、所須具備條件（以下皆須符合）

一、國中以上畢業。

二、對視覺障礙服務有興趣。

三、諳基本電腦與手機操作。

四、可直接口語溝通且表達清晰。

五、交通與行動可自理。

六、有意願擔任本市視力協助員，並能於本市提供服務。

七、通過本市視力協助員資格時數審查（申請者須提供過去參與視障相關課程之時數證明，俾憑審查是否符合本市視力協助員資格時數認定）。

陸、受理時間

自公告日起至 108 年 11 月 30 日止，每月 20 日前審查前一個月之申請案件，如文件不齊全者，應於承辦單位通知後 7 日內補件，屆期未補正者先予退回。

柒、所須檢附資料

一、申請資格審查表。

二、身分證影本（正、反面）。

三、最高學歷畢業證書或學歷之證明文件。

四、服務視障者相關經驗之證明文件。

五、相關課程時數之證明文件。

六、特定身分證明文件、相關證照或證書影本（無則免附）。

玖、有意申請者可先來電詢問瞭解，亦避免檢附資料有所遺漏。

聯絡電話：(04)2211-4244鄭社工。

傳真電話：(04)2211-4273。

郵寄地址：40141臺中市東區進化路170號3樓。

**臺中市政府勞工局 108 年度友善募集視力協助員
申請資格審查表**

姓 名		申請日期	年 月 日	請黏貼最近 6 個月內 2 吋半身脫帽照 1 張		
身分證字號		出生日期	年 月 日			
電子郵件		聯絡電話	住家： 手機：			
婚姻狀況	☐ 已婚 ☐ 未婚	健康情形	☐ 良好 ☐ 慢性或重大疾病_____			
特定身分	☐ 無 ☐ 有，請說明：_____	使用輔具	☐ 無 ☐ 有，請說明：_____			
戶籍地址	_____縣/市 _____鄉/鎮/市/區 _____村/里 _____鄰 _____路/街 _____段 _____巷 _____弄 _____號 _____樓					
現居地址	☐ 同上 _____縣/市 _____鄉/鎮/市/區 _____村/里 _____鄰 _____路/街 _____段 _____巷 _____弄 _____號 _____樓					
相關技能 (請勾選)	項目		不懂	略懂	中等	精通
	語言	國語				
		台語				
		英語				
	資訊	Word				
		Excel				
		PowerPoint				
		Outlook				
		網際網路				
智慧型手機						
其他項目		中打速度_____字以上/分鐘，其他：_____				
駕駛執照	☐ 輕型機車 ☐ 普通重型機車 ☐ 普通小型車 ☐ 其他：_____		交通工具	☐ 公車 ☐ 輕型機車 ☐ 普通重型機車 ☐ 普通小型車 ☐ 其他：_____		
現職狀況	☐ 在家 ☐ 在學：校系_____		服役狀況	☐ 免役 ☐ 待役 ☐ 未役，原因_____		
				☐ 役畢____年____月 ☐ 屆退伍____年____月____日		

最高學歷	學校名稱		科、系(所)名稱		起訖年月		狀態		
					____年____月 至____年____月		☐ 畢業 ☐ 就學中 ☐ 肄業 ☐ 休學		
工作經歷	服務單位		職稱		工作內容		起訖年月		
簡要自述 (自我介紹、自我推薦等)									
若審核通過 預計可提供 服務之時間 與區域 (請勾選)	時間	☐ 不拘	週一	週二	週三	週四	週五	週六	週日
		早							
		中							
		晚							
	區域	不拘	中區	東區	南區	西區	北區		
		北屯區	西屯區	南屯區	太平區	大里區	霧峰區		
		烏日區	豐原區	后里區	石岡區	東勢區	和平區		
		新社區	潭子區	大雅區	神岡區	大肚區	沙鹿區		
		龍井區	梧棲區	清水區	大甲區	外埔區	大安區		
緊急聯絡人	姓名		關係		電話				
					手機				

本人所提具之申請相關資料皆屬實，如與事實不符，願負法律責任、撤銷或廢止視力協助員資格認證，並依各該相關法律規定辦理。

申請人簽章：

※ 檢附之證明文件請依序以 A4 呈現，如有任何問題請洽承辦單位（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 鄭社工）或本局（電話：04-22289111 分機 35421 金小姐）。