

社会福利署
「残疾雇员支援计划」(「计划」) 申请表格

填写申请表格须知

1. 请为每一位受惠的残疾雇员填写一份申请表格。
2. 本申请表格共有五个部份。如有需要，请另加附页。
3. 请将填妥的申请表格及其他证明档(如适用)，一式两份，经转介机构递交 / 邮寄往「九龙深水埗元州街 290-296 号西岸国际大厦 5 楼 503 室社会福利署康复及医务社会服务科收」。
4. 请于表格内填写相关的资料，并在适当的位置加上别号。

(只供内部填写)	
收表日期:	
申请编号:	SPED - -

第一部份 — 基本资料 【由残疾人士的雇主（申请机构）填写】

1. 申请机构资料

机构名称: (中文) _____
(英文) _____

香港商业登记证号码 (如适用): _____

如未能提供商业登记证号码, 请注明机构成立或登记所依据的条例:

机构地址 (如适用, 请填写总办事处地址): _____

主要业务性质:

(1) 制造业

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 电子 | <input type="checkbox"/> 餐食制造 | <input type="checkbox"/> 珠宝首饰 |
| <input type="checkbox"/> 工业机械 | <input type="checkbox"/> 金属制品 | <input type="checkbox"/> 印刷及出版 |
| <input type="checkbox"/> 纺织及制衣 | <input type="checkbox"/> 玩具 | <input type="checkbox"/> 钟表 |
| <input type="checkbox"/> 其他 (请注明) | _____ | |

(2) 非制造业

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 饮食及酒店 | <input type="checkbox"/> 清洁 | <input type="checkbox"/> 运输 |
| <input type="checkbox"/> 文书 | <input type="checkbox"/> 资讯系统 | <input type="checkbox"/> 客户服务 |
| <input type="checkbox"/> 批发及零售 | <input type="checkbox"/> 旅游 | <input type="checkbox"/> 社会福利服务 |
| <input type="checkbox"/> 地产 | <input type="checkbox"/> 其他 (请注明) | _____ |

2. 申请机构授权的联络人资料

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

职位: _____

电话号码: _____

传真号码: _____

电邮地址: _____

*请删去不适用者

3. 受惠的残疾雇员资料

姓名： (中文) _____
(英文) _____

性别： 男 女

出生日期： _____ 年龄： _____

身份证号码： _____

工作地址： _____

办公室电话号码： _____

家居 / 手提电话号码 (如适用)： _____

雇佣合约生效日期 (月份 / 年份)： _____

平均每月薪金及津贴总额： \$ _____

每星期工作时数： _____

职位： _____

职责： _____

主要残疾类别 (可选择多于一项)

- | | |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 注意力不足 / 过度活跃症 | <input type="checkbox"/> 自闭症 |
| <input type="checkbox"/> 听障 | <input type="checkbox"/> 智障 |
| <input type="checkbox"/> 肢体伤残 | <input type="checkbox"/> 精神病 |
| <input type="checkbox"/> 特殊学习困难 | <input type="checkbox"/> 言语障碍 |
| <input type="checkbox"/> 器官残障 | <input type="checkbox"/> 视障 |

4. 于过去五年内，申请机构有否曾经为同一位残疾雇员申请社会福利署「残疾雇员支援计划」，并获批资助购买辅助仪器及 / 或改装工作间？

- 没有 (请直接往第二部份)
- 有 (请注明获批款的日期及专案)

5. 请阐述再次申请的原因，并提供相关的证明档供「计划」委员会考虑 (如不敷使用，请另行加纸)

第二部份 — 建议书（由申请机构填写）

1. 拟购买的辅助仪器及 / 或进行的改装工程（请为每个申请项目附上最少两份报价单）

项目	类型及型号 (如适用)	预期的成效 (例如该项仪器及 / 或 工程如何协助残疾雇员 在执行职务时更有效率 等)	价格 (请列出 较低的报 价) (港币 \$)
<input type="checkbox"/> 辅助仪器（如不敷使用，请另行加纸）			
	(i)		
	(ii)		
<input type="checkbox"/> 改装工作间（如不敷使用，请另行加纸）			
	(i)		
	(ii)		
总额			

2. 申请资助总额： \$ _____ (最高为\$40,000^{註一})

3. 预计受惠的残疾雇员，使用拟购买的辅助仪器的频率：

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 每天 | <input type="checkbox"/> 每两至三天一次 |
| <input type="checkbox"/> 每四至六天一次 | <input type="checkbox"/> 每星期一次 |
| <input type="checkbox"/> 其他（请适当地加以说明 / 描述） _____ | |

4. 预计受惠的残疾雇员，使用拟改装的工作间的频率：

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 每天 | <input type="checkbox"/> 每两至三天一次 |
| <input type="checkbox"/> 每四至六天一次 | <input type="checkbox"/> 每星期一次 |
| <input type="checkbox"/> 其他（请适当地加以说明 / 描述） _____ | |

5. 在没有拟购买的辅助仪器及 / 或没有进行工作间改装的情况下，该残疾雇员能否履行他 / 她的职责？

受惠的残疾雇员能够履行他 / 她大部份的职责
（请适当地加以说明） _____

受惠的残疾雇员能够履行他 / 她部份的职责
（请适当地加以说明） _____

受惠的残疾雇员不能够履行他 / 她的职责
（请适当地加以说明） _____

其他（请适当地加以说明） _____

^{註一} 资助上限为每名残疾雇员四万元正。

第三部份 — 声明（由申请机构填写）

1. 本人获申请机构授权，并已阅读及明白「残疾雇员支援计划」资料档案及「收集个人资料之前致资料当事人的通知书」（见此表格**附录**）。
2. 申请表格内所提供的资料乃真确无误。本人明白申请机构如故意或蓄意作虚假声明、隐瞒资料或误导社会福利署（社署），以获得本计划的资助，申请机构可能会被起诉。
3. 本人谨此声明，除非获社署事先批准，申请机构不会出售、租赁或转让「残疾雇员支援计划」资助购买的仪器予其他机构或个人 / 雇员。
4. 本人明白申请机构须让社署及 / 或「残疾雇员支援计划」管理机构探访工作地点，以评估及检视辅助仪器及 / 或改装工程。
5. 本人明白社署及 / 或「残疾雇员支援计划」管理机构在处理及复核申请时，可要求申请机构出示或授权社署及 / 或「残疾雇员支援计划」管理机构向有关人士索取相关的证明文件，作核实之用。
6. 本人明白申请机构如未能与社署及 / 或「残疾雇员支援计划」管理机构合作，可能会导致申请被终止或被要求退还已收取的资助。

机构盖印（如适用，请盖上总
办事处印章）

申请机构授权的

联络人签署：_____

申请机构授权的

联络人姓名及职位：_____

机构名称：_____

日期：_____

第四部分 — 声明（由残疾雇员填写）

1. 本人已阅读及明白「残疾雇员支援计划」资料文件及「收集个人资料之前致资料当事人的通知书」（见此表格**附录**）。
2. 本人知悉申请机构将向「残疾雇员支援计划」申请资助。
3. 本人明白在申请时如提供任何虚假或误导性的资料，此申请将会在没有预先知会的情况下被取消资格。

签署： _____

姓名： _____

日期： _____

第五部分 — 评语（由转介机构填写）

1. 转介机构资料：

姓名： （中文） _____
 （英文） _____

转介机构类型

- 获社署资助营办职业康复服务的非政府机构
- 获雇员再培训局资助，并为残疾人士或康复中的工伤人士开办训练课程的非政府机构
- 劳工处的展能就业科
- 职业训练局
- 「残疾雇员支援计划」管理机构

2. 为受惠于是次申请的残疾雇员所提供服务的时期：

- 少于六个月
- 六至十一个月
- 十二至二十四个月
- 多过二十四个月

3. 为受惠的残疾雇员提供的服务：

4. 残疾雇员的残疾类别：（可别选多于一项）

- 注意力不足 / 过度活跃症
- 自闭症
- 听障（如适用，请别选以下方格）
 - 听力损失 > 70 分贝
 - 听力损失 41 至 70 分贝
 - 听力损失 26 至 40 分贝
- 智障（如适用，请别选以下方格）
 - 极度严重
 - 严重
 - 中度
 - 轻度
- 肢体伤残
- 请说明： _____

- 精神病（如适用，请别选以下方格）
 - 重性精神病 神经官能病
 - 其他（请说明） _____
- 特殊学习困难
- 言语障碍
- 器官残障 / 长期病患
 - 请说明： _____
- 视障（如适用，请别选以下方格）
 - 严重 中度
 - 轻度

5. 对第二部份内建议书的评语

范畴		辅助仪器	改装工作间
a.	受惠残疾雇员的需要	<input type="checkbox"/> 拟购买的辅助仪器可以满足受惠残疾雇员在工作间的需要。 <input type="checkbox"/> 拟购买的辅助仪器未能满足受惠残疾雇员在工作间的需要。 <input type="checkbox"/> 其他备注： _____ _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> 拟进行的改装工程可以满足受惠残疾雇员在工作间的需要。 <input type="checkbox"/> 拟进行的改装工程未能满足受惠残疾雇员在工作间的需要。 <input type="checkbox"/> 其他备注： _____ _____ _____ _____ _____ _____
b.	工作效率	<input type="checkbox"/> 将会加强受惠残疾雇员在执行职务时的效率。 <input type="checkbox"/> 将不会加强受惠残疾雇员在执行职务时的效率。 <input type="checkbox"/> 其他备注： _____ _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> 将会加强受惠残疾雇员在执行职务时的效率。 <input type="checkbox"/> 将不会加强受惠残疾雇员在执行职务时的效率。 <input type="checkbox"/> 其他备注： _____ _____ _____ _____ _____ _____

范畴		辅助仪器	工作间改装工程
c.	可行性	不适用	<input type="checkbox"/> 拟进行的改装工程是可行的。 <input type="checkbox"/> 拟进行的改装工程是不可行的。 <input type="checkbox"/> 其他备注： _____ _____ _____
d.	申请资助的金额	<input type="checkbox"/> 申请资助的金额合理。 <input type="checkbox"/> 申请资助的金额并不合理。 <input type="checkbox"/> 其他备注： _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> 申请资助的金额合理。 <input type="checkbox"/> 申请资助的金额并不合理。 <input type="checkbox"/> 其他备注： _____ _____ _____ _____

声明

1. 本人获转介机构授权，并已阅读及明白「残疾雇员支援计划」资料文件。
2. 本人明白转介机构须就是次申请给予相关的评语，并已依照本机构所知，核实申请机构所提供的数据。

机构盖印

负责人员签署： _____

负责人员姓名及职位： _____

转介机构名称： _____

电话号码： _____

传真号码： _____

电邮地址： _____

地址： _____

日期： _____

收集个人资料之前致资料当事人的通知书

向社会福利署提供个人资料之前，请先细阅本通知书。

收集资料的目的

1. 社会福利署（社署）会使用你所提供的个人资料，向你提供你所需要的适当援助或服务，包括但不限于监察及检讨各项服务、进行研究及调查，以及履行法定职责。向社署提供个人资料，纯属自愿。如你未能提供足够的个人资料，本署可能无法处理你的申请或向你提供援助 / 服务。

可能经由社署转介资料的人士的类别

2. 你所提供的个人资料，会供本署在工作上有需要知道该等资料的职员使用。除此之外，本署职员在需要时亦只会向下列有关方面或在下列情况披露该等资料：

- (a) 其他涉及评定你的申请，或向你提供服务 / 援助的有关方面，例如政府决策局 / 部门、非政府机构及公用事业公司；或
- (b) 由法律授权或法律规定须向其披露资料的有关方面；或
- (c) 你曾同意向其披露资料的有关方面。

查阅个人资料

3. 除了《个人资料（私隐）条例》规定的豁免范围之外，你有权就社署备存有关你的个人资料提出查阅及改正要求。不过，在一般情况下，如收集资料的目的已经完成，本署会删除有关的个人资料。在条例内订下的查阅权利是指在缴付所需费用后，取得你的个人资料的复本一份。查阅资料要求须以书面提出。

对你申请的服务的查询、查阅及改正个人资料的要求

4. 请确保你向社署提供的资料正确无误。如你对所提交的援助 / 服务申请有任何查询，或对所提供的资料有任何更改，亦请联络向你收集资料的办事处。

5. 如果你希望查阅你的个人资料，以及在查阅个人资料后要求改正所得的资料，请向下列人士提出：

职位名称 : 一级行政主任(康复服务市场顾问办事处)
地址 : 九龙深水埗元州街 290-296 号西岸国际大厦 5 楼 503 室
电话号码 : 3586 3594