

社團法人台灣盲人福利協進會全國總會 函

32544

桃園市龍潭區中豐路高平段418號

地 址：40141臺中市東區進化路170號3樓

聯絡人：鄭社工

電 話：04-22114244

傳 真：04-22114273

電子信箱：fmobn123@gmail.com

受文者：新生醫護管理專科學校-視光學科

發 文 日 期：中華民國 108年8月30日

發 文 字 號：台盲協字第 10808130號

速 別：普通件

密等解密條件或保密期限：普通

附 件：如主旨

主 旨： 檢送臺中市政府勞工局委託本會辦理108年度視力協助員在職訓練暨服務管理計畫「友善募集視力協助員」募集簡章、申請表各乙份，敬請貴單位協助宣導週知，詳如說明，請查照。

說 明： 一、依據本會承接臺中市政府勞工局「108年度視力協助員在職訓練暨服務管理計畫」案辦理。  
二、如對提供臺中市視障工作者協助服務有意願之民眾，並俱備簡章所述之相關資格，歡迎於108年11月30日前向本會提出「友善募集視力協助員」資格審查之申請。  
三、有意瞭解者皆可先致電洽詢(04)2211-4244鄭社工。  
四、本會官網<http://taiwanblind-ncc.org.tw/>，於最新文章內有募集宣導訊息與相關檔案可供下載，或可直接搜尋宣導網址<http://taiwanblind-cc.org.tw/forumTopic/cid-67/656>，亦協請貴單位予以宣導網站鏈結。

正 本：新生醫護管理專科學校-視光學科

副 本：本會

理事長 張國萍

## 【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	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	健康情形	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 慢性或重大疾病_____			
特定身分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請說明：_____	使用輔具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 輕型機車 <input type="checkbox"/> 普通重型機車 <input type="checkbox"/> 普通小型車 <input type="checkbox"/> 其他：_____		交通工具	<input type="checkbox"/> 公車 <input type="checkbox"/> 輕型機車 <input type="checkbox"/> 普通重型機車 <input type="checkbox"/> 普通小型車 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
現職狀況	<input type="checkbox"/> 在家 <input type="checkbox"/> 在學：校系_____		服役狀況	<input type="checkbox"/> 免役 <input type="checkbox"/> 待役 <input type="checkbox"/> 未役，原因_____		
	<input type="checkbox"/> 就業：職業別_____			<input type="checkbox"/> 役畢____年____月 <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 就學中 <input type="checkbox"/> 肄業 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 不拘	週一	週二	週三	週四	週五	週六	週日		
		早									
		中									
		晚									
	區域	<input type="checkbox"/> 不拘	中區		東區		南區		西區		北區
		<input type="checkbox"/> 北屯區	<input type="checkbox"/> 西屯區		<input type="checkbox"/> 南屯區		<input type="checkbox"/> 太平區		<input type="checkbox"/> 大里區		<input type="checkbox"/> 霧峰區
		<input type="checkbox"/> 烏日區	<input type="checkbox"/> 豐原區		<input type="checkbox"/> 后里區		<input type="checkbox"/> 石岡區		<input type="checkbox"/> 東勢區		<input type="checkbox"/> 和平區
	<input type="checkbox"/> 新社區	<input type="checkbox"/> 潭子區		<input type="checkbox"/> 大雅區		<input type="checkbox"/> 神岡區		<input type="checkbox"/> 大肚區		<input type="checkbox"/> 沙鹿區	
	<input type="checkbox"/> 龍井區	<input type="checkbox"/> 梧棲區		<input type="checkbox"/> 清水區		<input type="checkbox"/> 大甲區		<input type="checkbox"/> 外埔區		<input type="checkbox"/> 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。											
<b>申請人簽章：</b>											

※ 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 )。