

104 年度補助辦理照顧服務員職業訓練招生簡章

(宏恩醫療財團法人宏恩綜合醫院)招訓字號：北分署廣字第 1042700276 號

- 一、指導單位：勞動部勞動力發展署北基宜花金馬分署
- 二、辦理單位：宏恩醫療財團法人宏恩綜合醫院
- 三、招生對象與資格條件：【以招收失業民眾參訓為主】
 - 1.具本國籍，年滿 16 歲以上之失業者、初次就業待業者。
 - 2.就業保險被保險人之失業者之特定對象之失業者。
 - 3.無不良嗜好且具擔任照顧服務工作熱忱之失業者。
- 四、報名方式：即日起至民國 104 年 6 月 12 日止。
報名專線：(02)27713161 分機 720 傳真：(02)27718052
報名地點：台北市大安區仁愛路 4 段 71 巷 1 號
聯絡人：護理部 廖依惠小姐
- 五、上課地點：台北市大安區仁愛路 4 段 71 巷 1 號 9 樓會議室
報名地點：台北市大安區仁愛路 4 段 71 巷 1 號 護理部
核心課程地點：台北市大安區仁愛路 4 段 71 巷 1 號
實習課程地點：新北市板橋區和平路 14 巷 9 號(新北市私立至傑護理之家)
- 六、課程大綱：緒論、職場工作倫理-2 小時、照顧服務相關法律基本認識-2 小時、照顧服務資源簡介-2 小時、家務處理-2 小時、人際關係與溝通技巧-2 小時、身體結構與功能-2 小時、基本生命徵象-2 小時、基本生理需求-4 小時、營養與膳食-2 小時、急症處理-2 小時、急救概念-4 小時、意外災害的緊急處理-2 小時、臨終關懷及認識安寧照顧-2 小時疾病徵兆之認識與處理-4 小時、家庭照顧需求與協助-2 小時、清潔與舒適-8 小時、活動與運動-4 小時、綜合討論與課程評量-2 小時、認定及預防傳染病-2 小時、性別平等-3 小時、回覆示教-10 小時、臨床實習-30 小時，共計 95 小時。
- 七、開結訓日期：104 年 06 月 22 日至 07 月 09 日
學科及回覆示教：104 年 06 月 22 日至 07 月 02 日時間自 08：30 至 17：30
臨床實習：104 年 07 月 06 日至 07 月 09 日時間自 08：00 至 17：00
- 八、甄試方式及錄訓標準：
 - 1.甄試方式：筆試 50%、面試 50%。
 - 2.甄試日期：104 年 06 月 15 日，下午 2:30 報到。
 - 3.甄試地點：宏恩綜合醫院 9 樓會議室。
 - 4.面試錄取名單：104 年 06 月 16 日於宏恩綜合醫院網站公告。
 - 5.錄訓標準：筆試、口試兩者，合計分數達 80 分以上，甄選合格者參訓。
 - 6.本班次需先收取訓練費用，結訓後合格者兩個月內核撥補助費，收費細節請洽承訓單位。
※排除二年內已有重複參訓紀錄或尚在訓後九十日內就業輔導期間之學員或無就業意願之參訓者。
- 九、收退費標準：
就業保險被保險人非自願或自願失業勞工(政府全額補助)
特定對象之失業者(政府全額補助)

1.就業保險被保險人失業者	11.無戶籍國民之失業者
2.具有參加職業工會、農會或漁會勞工保險	12.無國籍人民之失業者

被保險人失業者	
3.獨力負擔家計失業者(含家庭暴力被害婦女)	13.外籍配偶與大陸地區配偶之失業者
4.中高齡失業者(年滿 45-65 歲)	14.因犯罪被害之失業者
5.身心障礙失業者	15.因天然災害受災之失業者
6.原住民失業者	16.中低收入戶內有工作能力而自願就業者
7.生活扶助戶內有工作能力而自願就業者	17.自立少年之失業者
8.更生受保護人之失業者	18.家暴及性侵害被害人之失業者
9.長期失業者	19.其他經直轄市、縣(市)政府或其委託計畫之社工人員訪視評估確有經濟困難，且有就業意願之失業者
10.跨國(境)人口販運被害人之失業者	20.逾六十五歲者

收費標準：全期收費新臺幣 7,000 元整，參加核心課程之出席率應達 90%，且實習課程須全程出席得已參加結訓考核，考核成績合格者，於結訓後 2 個月內辦理補助。

♣參加職業工會、農會或漁會勞工保險被保險人，得檢附「無工作切結書」比照一般國民參加失業者職職業訓練。

♣前項規定以外取得結業證書之參訓學員，參加照顧服務員訓練者補助訓練費用 80%，其餘費用 20%由學員自行負擔。

十、學員中途離訓之退費事宜：

- 1.參訓學員繳訓費用，因個人因素，於開訓前退訓者；訓練單位最多收取核定訓練費用的 5%。
- 2.已開班但未達(含)訓練總時數的三分之一者，訓練應退訓練費用的 50%。
- 3.已逾訓練時數三分之一者，不予退費。

十一、注意事項：

- 1.失業者參訓學員一律加入勞工保險(訓)字號保險。

十二、核心課程出席率達百分之九十以上；實習課程出席率百分之百。

十三、應備文件：

- 1.國民身份證正、反面影本各一份。
- 2.學歷證明一份。
- 3.正面半身照片 1 吋 3 張。
- 4.失業及特定身分相關證明文件。
- 5.勞保明細表。
- 6.檢附 3 個月內地區級以上醫院之體檢報告 1 份（含胸部 X 光、B 型肝炎表面抗原及抗體 (HBsAg 及 Anti HBs)、C 型肝炎抗體 (Anti HCV)、疥瘡、糞便細菌培養、濃縮法腸內寄生蟲糞便檢查 (含痢疾阿米巴原蟲) 等。

十四、經費來源：由勞動部勞動力發展署就業安定基金補助辦理。

104 年補助辦理照顧服務員及照顧服務員職業訓練計畫受訓學員基本資料卡

99.06.03

轄區分署	北基宜花金馬分署		訓練別*	非全日制		相 片
班別代碼		學 號				
班別名稱*	第 期		班			
報到日期*	西元 年 月 日					
開訓日期*	西元 年 月 日	結訓日期	西元 年 月 日			
中文姓名*			身分證字號*			
英文姓名*	Last Name (姓):		First name (名):			
性 別*	1. <input type="checkbox"/> 男 2. <input type="checkbox"/> 女	出生年月日*	西元 年 月 日	婚姻狀況*	1. <input type="checkbox"/> 已婚 2. <input type="checkbox"/> 未婚	
最高學歷*	1. <input type="checkbox"/> 國中(含以下) 2. <input type="checkbox"/> 高中職 3. <input type="checkbox"/> 專科 4. <input type="checkbox"/> 大學 5. <input type="checkbox"/> 碩士 6. <input type="checkbox"/> 博士					
學校名稱*				科 系*		
畢業狀況*	1. <input type="checkbox"/> 畢業 2. <input type="checkbox"/> 肄業 3. <input type="checkbox"/> 在學中		兵役狀況*	1. <input type="checkbox"/> 役畢 2. <input type="checkbox"/> 未役 3. <input type="checkbox"/> 免役 4. <input checked="" type="checkbox"/> 在役		
在役者必填	軍 種*		職務(兵役)		階 級*	
	服務單位名稱*			主管階級姓名		
	單位電話*		服役日期*	西元 年 月 日至西元 年 月 日		
	服役單位地址	□□□				
戶籍地址*	□□□					
通訊地址*	□□□					
聯絡電話*	()		行動電話			
電子郵件						
主要參訓身分別*	1. <input type="checkbox"/> 一般身分者 2. <input type="checkbox"/> 就業保險被保險人非自願性失業者 3. <input type="checkbox"/> 中高齡(45 歲以上) 4. <input type="checkbox"/> 原住民 5. <input type="checkbox"/> 身心障礙者 6. <input type="checkbox"/> 生活扶助戶 7. <input type="checkbox"/> 急難救助戶 8. <input type="checkbox"/> 家庭暴力受害人 9. <input type="checkbox"/> 更生保護人 10. <input type="checkbox"/> 農漁民 11. <input type="checkbox"/> 屆退官兵 12. <input type="checkbox"/> 外籍配偶 13. <input type="checkbox"/> 大陸配偶 14. <input type="checkbox"/> 遊民 15. <input type="checkbox"/> 公營事業民營化員工 16. <input type="checkbox"/> 參加職業工會失業者 17. <input type="checkbox"/> 921 受災戶 18. <input type="checkbox"/> 性侵害被害人 19. <input type="checkbox"/> 就業保險被保險人自願失業者 20. <input type="checkbox"/> 臨時工作津貼人員 21. <input type="checkbox"/> 多元就業開發 方案人員 22. <input type="checkbox"/> 申請失業給付經失業認定者(學習卷專用) 23. <input type="checkbox"/> 非失業認定之就業保險失業者(學習卷專用) 24. <input type="checkbox"/> 非就業保險失業者(學習卷專用) 25. <input type="checkbox"/> 犯罪被害人及其親屬 26. <input type="checkbox"/> 長期失業者 27. <input type="checkbox"/> 獨力負擔家計者 28. <input type="checkbox"/> 天然 災害受災民眾 29. <input type="checkbox"/> 因應貿易自由化協助勞工 30. <input type="checkbox"/> 跨國(境)人口販運被害人失業者(密件)					
身心障礙者必填	障礙類別*	01. <input type="checkbox"/> 未填列 02. <input type="checkbox"/> 視覺障礙者 03. <input type="checkbox"/> 聽覺或平衡機能障礙者 04. <input type="checkbox"/> 聲音機能或語言機能障礙者 05. <input type="checkbox"/> 肢體障礙者 06. <input type="checkbox"/> 智能障礙者 07. <input type="checkbox"/> 多重障礙者 08. <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者 09. <input type="checkbox"/> 顏面傷殘者				
	障礙等級*	01. <input type="checkbox"/> 未填列 02. <input type="checkbox"/> 壹級 03. <input type="checkbox"/> 貳級 04. <input type="checkbox"/> 參級 05. <input type="checkbox"/> 肆級 06. <input type="checkbox"/> 輕度 07. <input type="checkbox"/> 中度 08. <input type="checkbox"/> 重度 09. <input type="checkbox"/> 極重度 10. <input type="checkbox"/> 輕重度				
訓練生活津貼類別*	1. <input type="checkbox"/> 未申請 2. <input type="checkbox"/> 就業保險法 3. <input type="checkbox"/> 就業促進津貼實施辦法 4. <input type="checkbox"/> 農委會					
申請生活津貼身分*	(請填寫身分別)					
緊急通知人姓名*		緊急通知人關係*		緊急通知人電話*	()	
緊急通知人地址*	□□□					
受訓前工作經歷	服 務 單 位	職 稱	任 職 起 迄 年 月			
			西元 年 月 ~ 年 月			
交通方式	1. <input type="checkbox"/> 住宿 2. <input type="checkbox"/> 通勤		受訓前真正失業週數	【填數字】		
受訓前失業週數*	1. <input type="checkbox"/> 30 週(含)以下 2. <input type="checkbox"/> 31~52 週 3. <input type="checkbox"/> 53 週(含)以上					
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 同意提供您的基本資料供求才廠商查詢* (姓名、年齡、性別、學歷、科系、電話、電子郵件帳號)						
本資料卡僅供行政院勞工委員會職業訓練局暨所屬機關運用，以從事職業訓練及就業服務。			學員確認簽名：			

身分證正面影本	身分證反面影本
-請實貼-	-請實貼-
其他證明影本	
-請實貼-	