

附表二

**參與職場學習及再適應計畫實施計畫意願書**

- 一、 本人目前為失業狀態，未於其他事業單位參加勞工保險（職業工會、漁會、農會加保或屬裁減續保身分者除外），願意參與勞動部之職場學習及再適應計畫，並接受公立就業服務機構推介至合適之計畫用人單位工作。
- 二、 本人已知本計畫執行期間本人與用人單位間為公法救助關係，亦不適用就業保險法，然為使職業災害發生時能獲得保障，同意由本計畫用人單位辦理勞健保加保作業（如已領取勞保老年給付者，同意用人單位投保職業災害保險或意外險）。
- 三、 本人確實失業，並符合本計畫所限進用對象之一：
  - （一）獨力負擔家計者。
  - （二）年滿四十歲至六十五歲者。
  - （三）身心障礙者。
  - （四）原住民。
  - （五）低收入戶或中低收入戶中有工作能力者。
  - （六）更生受保護人。
  - （七）二度就業婦女。
  - （八）特殊境遇家庭。
  - （九）家庭暴力及性侵害被害人。
  - （十）犯罪被害人。
  - （十一）人口販運被害人。
  - （十二）長期失業者。
  - （十三）具有就業意願，且經各公立就業服務中心評估適合參與本計畫之下列人員：
    1. 弱勢青少年（十五歲以上未滿二十四歲，未升學未就業、偏遠地區或高危機高關懷青少年）。
    2. 經濟弱勢戶（含高風險家庭個案）。

3. 外籍配偶或大陸地區配偶（具合法工作權者）。

4. 六十六歲以上者。

（十四）其他經公立就業服務中心評估後，認定需要協助者。

四、 參與期間本人願意遵守本計畫相關工作規範。

五、 本人非屬用人單位現任負責人、理事長、總幹事、執行長等，  
或與前揭相同屬性性質職務之配偶及三親等內血親及其配偶。

六、 本人於參與本計畫之同一時期未曾領取政府機關與本計畫屬性  
相同之津貼。

七、 本人於二年內參與本計畫，領取本計畫津貼合計未逾六個月之  
補助上限。

八、 如有違上述事實者，願立即離職並繳回溢領款項。

立書人：

身分證號碼：

戶籍地址：

通訊地址：

聯絡電話：

中華民國

年

月

日