

第七屆聘僱殘障人士僱主嘉許計劃 提名表格

一、被提名的商戶/機構/單位資料：		請以 <input checked="" type="checkbox"/> 標示選項
名稱(中文)：		財政局檔案編號(倘有)：
名稱(葡文)：		
負責人姓名：	職稱：	
先生/女士		
聯絡人姓名：	職稱：	
先生/女士		
聯絡人電話:(辦公室)		(手機)
聯絡地址：		
聯絡電郵：		傳真號碼：
從事行業：	現職僱員總人數：	現職殘障僱員人數 ^(註一) ：
<p>自_____年開始聘用殘障僱員，最多曾聘用_____名；</p> <p>現聘用的殘障僱員中，最長之聘用年期為____年____個月，最短之聘用年期為____年____個月。</p> <p>現職殘障類別包括：</p> <p><input type="checkbox"/> 肢體障礙 _____名，職位：_____ <input type="checkbox"/> 智力障礙 _____名，職位：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 失聰/弱聽 _____名，職位：_____ <input type="checkbox"/> 失明/弱視 _____名，職位：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 語言障礙 _____名，職位：_____ <input type="checkbox"/> 精神病康復者 _____名，職位：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 長期病患者 _____名，職位：_____ <input type="checkbox"/> 多重障礙^(註二) _____名，職位：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 其 他 _____名(請註明：_____)，職位：_____</p> <p>除上述職位外，過往有否聘用殘障人士從事其他職位？</p> <p><input type="checkbox"/> 有，職位：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p>未來會否繼續考慮聘用殘障僱員？</p> <p><input type="checkbox"/> 會，職位：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 不會</p>		

註一：每週工作時數不少於 12 小時

二：多於一種殘障類別

(轉後頁)

二、提名原因 (有需要可另頁填寫)

(具體陳述被提名機構應獲嘉許的原因，如：為何選擇聘用殘障人士，僱主為殘障僱員所作出的努力：如何安排工作、幫助他們投入工作、解決困難、如何創建傷健共融的工作環境、聘用後所帶來正面影響……)

三、提名機構資料

名 稱：

聯絡人姓名：

先生/女士

職稱：

聯絡電話：

聯絡地址：

聯絡電郵：

注意事項：

在網絡上傳送資料存在一定風險，有可能被未經許可的第三人閱讀和使用。倘對有關風險感到不安，請使用網絡以外的其他方式提交資料。

收集個人資料聲明：

1. 在表格內所提供的個人資料僅供主辦機構用作評估參加“第七屆聘僱殘障人士僱主嘉許計劃”之得獎名單，推廣及宣傳該計劃的用途；
2. 主辦機構將保存參加者所提供的個人資料至有關計劃結束後六個月，屆時有關資料將按規定銷毀或封存；
3. 上述個人資料的提供須獲得資料當事人同意；
4. 參加者有權依法申請查閱、更正或更新上述資料。

提名機構負責人簽名及蓋章：_____日期：_____