

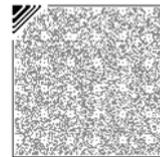


社會工作局
INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL



2019 優秀殘障僱員暨識才僱主嘉許計劃

「識才僱主」提名表格



填寫表格前請參閱活動章程

一. 被提名的商戶/政府部門/非牟利機構資料	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： _____ (<input type="checkbox"/> 先生 / <input type="checkbox"/> 女士) 職稱： _____	_____
聯絡人姓名： _____ (<input type="checkbox"/> 先生 / <input type="checkbox"/> 女士) 職稱： _____	_____
聯絡電話：辦公室 _____ 手機 _____ 傳真號碼： _____	_____
聯絡電郵： _____	_____
聯絡地址： _____	_____
從事行業： _____ 現職僱員總人數： _____ 現職殘障僱員人數 ^(註一) ： _____	_____
自 _____ 年開始聘用殘障僱員，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。	
現職殘障類別包括：	
<input type="checkbox"/> 肢體障礙 _____ 名，職位： _____	<input type="checkbox"/> 智力障礙 _____ 名，職位： _____
<input type="checkbox"/> 聽力障礙 _____ 名，職位： _____	<input type="checkbox"/> 視力障礙 _____ 名，職位： _____
<input type="checkbox"/> 語言障礙 ^(註二) _____ 名，職位： _____	<input type="checkbox"/> 精神病康復者 _____ 名，職位： _____
<input type="checkbox"/> 長期病患者 _____ 名，職位： _____	<input type="checkbox"/> 多重障礙 ^(註三) _____ 名，職位： _____
<input type="checkbox"/> 其 他 _____ 名(請註明: _____)，職位： _____	
1. 僱主是否為現職殘障僱員提供培訓？	
<input type="checkbox"/> 有，請列舉課程名稱： _____	

<input type="checkbox"/> 否	
2. 在現職殘障僱員中，曾否獲得晉升的機會？	
<input type="checkbox"/> 有，晉升人數： _____，晉升職位名稱： _____	
<input type="checkbox"/> 否	

註一：每週工作時數不少於 12 小時

二：言語發聲殘障

三：多於一種殘障類別

(轉後頁)

