**(機關/學校名稱) 身心障礙人員不足額進用通報表**

**104.11**

|  |  |
| --- | --- |
| **機關名稱** | ○○機關/學校 |
| 1. **參加公、勞保人數**
 |  人 |
| 1. **員額情形**
 | 1. 預算員額： 人
2. 現有員額： 人
 |
| 1. **應/已進用人數**
 | 1. 依法應進用身心障礙人數： 人
2. 已進用身心障礙人數： 人
 |
| 1. **預估不足額人數**
 |  人 |
| 1. **未足額進用之起始日期**
 | ○○年○○月○○日 |
| 1. **預定可足額進用之日期**
 | ○○年○○月○○日 |
| 1. **回應/改善作法**
 |  |
| **備註：**1. **查身心障礙者權益保障法第38條規定略以，各級政府機關、公立學校及公營事業機構員工總人數在三十四人以上者，進用具有就業能力之身心障礙者人數，不得低於員工總人數百分之三。**
2. **未足額進用身心障礙人員之機關，自原已進用身心障礙人員離職之日起，逾三個月仍未進用者，主管機關應以書面告誡該機關，督促儘速進用；逾六個月仍未進用者，該機關人事主管視情節輕重應核予申誡一次或申誡二次，其直屬上一級人事主管或督導人員查有督導不週事實者，應由權責人事機構核予申誡一次以上處分；逾九個月仍未進用者，機關首長視情節輕重核予申誡一次或申誡二次，人事主管及直屬上一級人事主管並加重處分。但該機關首長或人事主管對於進用身心障礙人員已積極作為，有不可歸責之事由者，不予處分。**

**人事主管 姓名： (請核章)** **電話：** |
| **中華民國 年 月 日** |