

經濟部所屬事業機構新進職員甄試 身心障礙應考人權益維護措施要點

106年7月3日106年第2次甄試委員會核定

一、為保障經濟部所屬事業機構新進職員甄試身心障礙者應試權益，特訂定本要點。

二、身心障礙應考人權益維護措施實施對象，係指領有身心障礙手冊或身心障礙證明之應考人。

三、身心障礙應考人申請權益維護措施之案件，由試務處審查，經審查通過者，即提供權益維護措施；經審查有疑義者，由試務處加具意見後，陳報甄試委員會會同由相關專家學者及身心障礙團體代表組成之部外審議委員共同審議，審議結果送試務處執行。

前項部外審議委員二至三人，於各年度甄試委員會成立後，由部長遴聘。

第一項審議會議必要時得邀請相關機關、醫療機構、學校、團體代表列席。

部外審議委員及受邀列席者，得支給出席費。

四、身心障礙應考人應於網路報名表勾選身心障礙身分，並繳交身心障礙手冊或身心障礙證明之影本，如需申請權益維護措施，應於網路報名時填具申請表(如附表1)。遇下列情形應考人應繳驗報名日期前一年內經衛生福利部認定之地區醫院以上醫院相關醫療科別之醫院診斷證明書正本(如附表2)，並以郵寄方式依限繳交(以掛號郵戳為憑)：

(一)非視覺障礙申請延長考試時間者，應於報名截止次日起5日內(不含假日)繳交。

(二)申請其他權益維護措施者，經試務處通知應於指定期限內繳交。

五、應繳驗之各項證明文件，如逾期繳交或經查證與原始證明文件不符或不實者，其責任由應考人自負。

附表1：經濟部新進職員甄試身心障礙應考人權益維護措施申請表

附表2：經濟部新進職員甄試身心障礙應考人申請權益維護措施之醫院診斷證明書

經濟部新進職員甄試身心障礙應考人權益維護措施申請表

障礙類別	申請之維護措施
<input type="checkbox"/> 視障	<input type="checkbox"/> 放大鏡燈具 <input type="checkbox"/> 放大試題 <input type="checkbox"/> 測驗式答案卡改為答案卷 <input type="checkbox"/> 延長每節考試時間 20 分鐘 <input type="checkbox"/> 其他_____
<input type="checkbox"/> 上肢肢體障礙	<input type="checkbox"/> 測驗式答案卡改為答案卷 <input type="checkbox"/> 延長每節考試 20 分鐘(須另提供診斷證明書)
<input type="checkbox"/> 下肢肢體障礙	<input type="checkbox"/> 安排低樓層或備有電梯之試場 <input type="checkbox"/> 適用桌椅
<input type="checkbox"/> 其他障礙類型： _____	需提供之維護措施：_____ _____ _____

遇下列情形應考人應繳驗報名日期前一年內經衛生福利部認定之地區醫院以上醫院相關醫療科別之醫院診斷證明書正本，並以郵寄方式依限繳交(以掛號郵戳為憑)：

(一)非視覺障礙申請延長考試時間者，應於報名截止次日起 5 日內(不含假日)繳交。

(二)申請其他權益維護措施者，經試務處通知應於指定期限內繳交。

經濟部新進職員甄試身心障礙應考人申請權益維護措施之醫院診斷證明書

下列粗線框格資料由應考人填寫

姓名		生日	民國	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號		電話	()				手機	
地址								
醫療機構名稱				應診科別				
應考人親筆簽名： _____								

本診斷證明書須由衛生福利部認定之地區醫院以上醫院主治醫師開立，
並於填寫或勾選註記部份逐項蓋章。

診斷說明								
身心障礙	發生時間	1. <input type="checkbox"/> 出生 2. <input type="checkbox"/> 民國 年 月 日 3. <input type="checkbox"/> 第一次診斷時間：民國 年 月 日						
	部位							
	影響	1. <input type="checkbox"/> 書寫 2. <input type="checkbox"/> 閱讀 3. <input type="checkbox"/> 坐姿/移位 4. <input type="checkbox"/> 其他						
	手冊 (證明)	1. <input type="checkbox"/> 無 2. <input type="checkbox"/> 有：_____類_____度						
視覺功能	左眼視力(矯正後)_____，右眼視力(矯正後)_____； <input type="checkbox"/> 左眼全盲， <input type="checkbox"/> 右眼全盲							
上肢功能	慣用手	障礙發生前： <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手			障礙發生後： <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手			
	<input type="checkbox"/> 書寫困難：抄寫速度：_____字/分							
	<input type="checkbox"/> 抓握力氣差 <input type="checkbox"/> 雙手協調不佳 <input type="checkbox"/> 上臂位移控制差 <input type="checkbox"/> 右上肢缺失 <input type="checkbox"/> 左上肢缺失 <input type="checkbox"/> 其他(請詳細註明)_____							
坐姿/移位	<input type="checkbox"/> 需自備座椅/輪椅應考 <input type="checkbox"/> 需協助提早入考場座位 <input type="checkbox"/> 其他(請詳細註明)_____							
精神功能	<input type="checkbox"/> 有障礙(請詳細註明)_____							
其他								
以上經本院醫師診斷屬實，特予證明								
醫師：		專科類別及專科醫師科別字號：						
(簽名或蓋章)								
中華民國 年 月 日(須加蓋醫院關防並加註日期後，方具效力)								