|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 單位 |  | | | 申請日期 | 年 月 日 | |
| 計畫主持人 |  | | | 計畫編號 |  | |
| 計畫名稱 | **106**學年度教育部補助技專校院辦實務課程發展及師生實務增能計畫 | | | 執行期間 | 自 年 月 日  至 年 月 日 | |
| 兼任助理姓名 |  | | | 性別 |  | |
| 身分證字號 |  | | | 聯絡電話 |  | |
| 出生日期 | 年 月 日 | | | 月支薪資 |  | |
| 申請項目 | ◼ 勞保 | 加保日期： 年 月 日  退保日期： 年 月 日 | | | 依勞保條例規定不得追溯加保，未能於到職日當日加保者，以申請書送達人事室收件當日辦理投保。 | |
| ◼ 勞退 | 是否自願提繳：  ◼ 否  □ 是 %（請填1%~6%） | | | 雇主提繳率6%，如自願提繳者，請勾選自願提繳並填1%~6%。 | |
| □ 健保 | 轉入日期： 年 月 日  轉出日期： 年 月 日 | | | 加保條件：  1.每個工作日到工者。  2.非每個工作日到工者，其每週工作時數滿12小時以上（含12小時）。 | |
| 其他身份  （請檢附證明） | □身心障礙(檢附身心障礙手冊影本，身心障礙別： 　　　　等級： 　 度)  □原 住 民(檢附戶籍謄本影本，族別： 　　 　　 　）  □外籍人士(檢附居留證影本，國籍：　　 　　居留證號：　　　　　　　　） | | | | | |
| 注意事項 | 一、應檢附文件：  （一）身分證影本（本國人）、居留證影本及工作許可函影本（外籍人士）。  （二）聘僱簽呈及計畫助理人員申請表。  （三）符合加健保資格者，需提供原單位健保轉出證明。  二、為確保兼任助理（被保險人）權益，請於到職日前填送申請書至人事室辦理加（退）保相關事宜。如於到職後始辦理加保者，以申請書送達人事室收件當日辦理投保（依勞工保險條例規定，勞保不得追溯加保）。未依規定辦理加（退）保事宜，以致影響個人權益，由用人單位及當事人自行承擔。  三、各計畫主持人（計畫執行單位/承辦單位）所聘僱之人員，如聘僱期間中途離職或聘僱期限屆滿不再辦理續聘者，務必填送申請書至人事室辦理退保相關事宜。未依規定辦理退保，致本校未能即時通知勞保局退保，期間衍生應繳而未繳之保費（含個人及雇主負擔），由被保險人負責償還，並由用人單位（計畫主持人）負連帶償還之責任。如兼任助理（被保險人）為計畫人員，應由計畫主持人負責；非計畫下聘僱人員應由用人單位負責。 | | | | | |
| 兼任助理本人簽章  (本人已詳細閱讀注意事項，並同意遵守) | | | 計畫主持人簽章  (本人已詳細閱讀注意事項，並同意遵守) | | | 人事室 |
|  | | |  | | |  |

元培醫事科技大學學生兼任助理勞保、勞退、健保申請書