

高雄市政府勞工局

視覺功能障礙電話服務員甄選簡章

- 一、依據 115 年度勞動部補助「視覺功能障礙電話服務員進用計畫」辦理。
- 二、需用員額：正取 1 名、備取若干名(候用期限為錄取公告之翌日起 6 個月內)。
- 三、工作地點：高雄市前鎮區鎮中路 6 號
- 四、工作時間：週一至週五 8：00 - 17：30。
- 五、工作內容：
 - (一)擔任電話諮詢服務窗口，負責勞動法規線上諮詢、就業服務、勞工福利相關線上查詢與諮詢及電話轉接工作。
 - (二)視障按摩師電話關懷。
 - (三)其他交辦事項。
- 六、資格條件：
 - (一)持有視覺功能障礙證明(手冊)者。
 - (二)年滿 18 歲及高中/職以上學歷者。
 - (三)諳電腦或盲用電腦，可自行操作電腦文書 Word、Excel 作業。
 - (四)不得有公務人員任用法第 28 條所定各項事由，如經發現得撤銷其錄取資格；如係大陸地區人民來臺定居者，依臺灣地區與大陸地區人民關係條例第 21 條規定，設籍須滿 10 年(以報名收件截止日回推)，始得錄用。
- 七、薪資待遇：32,450 元/月。
- 八、進用期間：依實際到職日起至 115 年 12 月 31 日。(本職缺為勞動部勞動力發展署「補助地方政府辦理促進視覺功能障礙者就業計畫」之「視覺功能障礙電話服務員進用計畫」，任用期間最長為二年，契約期滿終止進用，計畫終止時亦同，不得以任何理由要求留用或救助。)
- 九、報名日期及方式：
 - (一)報名日期：自 115 年 1 月 12 日至 115 年 2 月 24 日止(以郵戳為憑，逾期恕不受理)。
 - (二)報名方式：郵寄掛號或親送至高雄市政府勞工局，80669 高雄市前鎮區鎮中

路 6 號 3 樓秘書室〈信封上請註明「應徵視障電話服務員」〉

(三) 聯絡電話：07-8124613 轉 822 洪小姐。

(四) 注意事項：資料不全者不予受理，資格不合者恕不退還。

十、報名應檢具文件：(下列資料請以 A4 紙張影印/列印)

(一) 報名暨履歷表(如附件一，資料須登載詳細完整，同時黏貼國民身分證正反面影本及照片)。

(二) 身心障礙證明(手冊)影本，並請簽註「與正本相符」並簽名或蓋章。

(三) 最高學歷畢業證書與相關經歷證明影本，並請簽註「與正本相符」並簽名或蓋章。

(四) 電腦文書實作測驗輔具服務申請表(如附件二)。

(五) 具結書(如附件三)。

十一、甄試方式：口試(含中文打字測驗 1 分鐘 15 字以上)。

十二、甄試日期及地點：另行以電話/E-mail 通知。

十三、錄取通知：以電話通知錄取人員(另公告於本局網站)，未獲錄取者恕不另行通知，亦不退還報名資料。

十四、其他：

(一) 錄取者報到時請攜帶相關證件正本，驗畢發還，如有偽造，經發現立即取消錄取資格。

(二) 錄取者不得申請保留資格、延後報到。如未能如期報到，其員額由備取者接替。

十五、如有未盡事宜，本局得隨時補充及變更。

高雄市政府勞工局視覺功能障礙電話服務員 報名暨履歷表

姓 名			國 民 身 分 證 統 一 編 號				請 黏 貼 或 列 印 最 近 二 吋 半 身 正 面 脫 帽 彩 色 照 片			
出生日期	民國 年 月 日		外 國 國 籍 (請 勾 選)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，國籍：_____						
性 別 (請 勾 選)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女									
通 訊 處	戶 籍 地									
	現 居 住 所	<input type="checkbox"/> 同戶籍地				電 話 號 碼	住 宅：			
	電 子 郵 件 信 箱						手 機：			
身 分 證 正 面 影 本 黏 貼 處				身 分 證 背 面 影 本 黏 貼 處						
學				歷						
學 校 名 稱	科 系 名 稱	修 業 期 間				區 分 (請 勾 選)			教 育 度 (學 位)	證 書 日 期 文 號
		起(年、月)	迄(年、月)	畢 業	結 業	肄 業				

經		歷					
服務單位	職稱	服務期間				工作內容	
		自	年	月	日		
		至	年	月	日		
		自	年	月	日		
		至	年	月	日		
		自	年	月	日		
		至	年	月	日		
專 長 及 語 言 能 力							
一、證照							
專長項目	證照名稱	生效日期			證件日期文號	認證機關	專長描述
		年	月	日			
二、語言能力							
語言類別	測驗名稱	測驗日期	證件日期文號	認證機關	檢定成績	備註	
身心障礙註記				原住民族註記			
種 類		等 級		身分別		族 別	

電腦文書實作測驗輔具服務申請表

姓 名	
障礙等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重 度
申請項目(面試者自填)	
1、打字輸入法	<input type="checkbox"/> 注音輸入法 <input type="checkbox"/> 倉頡輸入法 <input type="checkbox"/> 嚙蝦米輸入法 <input type="checkbox"/> 其他_____
2、放大試題(紙本) 註：無法閱讀紙本者，請於備註說明協助事項。	<input type="checkbox"/> 是-字型大小為標楷體_ <input type="checkbox"/> 否
3、螢幕閱讀軟體 (NVDA) 註：如需此項服務，請自備耳機。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4、可攜式擴視機	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5、個人攜帶輔具(自備)	<input type="checkbox"/> 放大鏡 <input type="checkbox"/> 擴視機 <input type="checkbox"/> 其他_____
6、備註 (其他協助事項)	

具結書

本人(親筆簽名)_____因報名高雄市政府勞工局 115 年度視覺功能障礙電話服務員甄選，提出以下聲明(請勾選)：

1. 因參與本次考試提供予貴局之身分證件、照片及其他證明文件以影本提出者均與正本相符無訛。
2. 確已取得本計畫指定科系之畢業證書，且無被撤銷學位、追回畢業證書之情事，亦無將致使被撤銷學位之行為。

本人提出以上聲明，如有虛偽情事，本人願接受撤銷錄取及任用資格處分，並繳回因錄取獲致之不當得利。如所提供文書有偽造情事，願承擔刑事上責任。另若造成高雄市政府勞工局受有損害，負損害賠償責任。

立書人親筆簽名：_____

立書日期： 年 月 日