

金門縣政府

補助雇主辦理工作場所性騷擾被害人心理諮商費用申請表

雇主 名稱(全銜)			負責人	
			勞工人數	
雇主 登記地址			事業單位 統一編號	
雇主 通訊地址			聯絡人	
電子郵件			聯絡電話	
職場性騷擾 被害人基本 資料	姓名		出生年月日	
	性別		身分證字號 /護照號碼	
	國籍		職稱	
	勞務提供地			
職場性騷擾 說明	1. 發生日期：			
	2. 發生地點：			
	3. 行為人： <input type="checkbox"/> 最高負責人 <input type="checkbox"/> 顧客 <input type="checkbox"/> 主管 <input type="checkbox"/> 陌生人 <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	4. 發生時被害人是否執行職務： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	5. 事實說明：			
	6. 是否向雇主申訴： <input type="checkbox"/> 是，申訴日期： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 否，雇主知悉職場性騷擾日期： 年 月 日 ※註：性別平等工作法第13條第2項，雇主知悉性騷擾之情形時，應依第1、2款規定，採取立即有效之糾正及補救措施。第4項，雇主接獲被害人申訴時，應通知地方主管機關；經調查認定屬性騷擾之案件，並應將處理結果通知地方主管機關。 (可於勞動部職場性騷擾案件通報系統通報)			
心理諮商 事實聲明	本人_____ 接受_____ 提供或轉介心理諮商服務，並於 _____ 心理諮商機構 接受諮商服務。			
	諮商次數	諮商日期	諮商時間	諮商費用
	第一次	年 月 日	分鐘	元
	第二次	年 月 日	分鐘	元
	第三次	年 月 日	分鐘	元

	第四次	年	月	分鐘	元
		日			
	合計				元
以上各項資料暨諮商日期、諮商時間、費用、心理師姓名等，經本人確認，確實無訛。(如有塗改，請受心理諮商服務之被害人於塗改處簽名或蓋章)					
簽名或蓋章：_____					

申請補助金額	新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整
--------	----------------

應備文件：請勾選已檢附相關佐證資料

1. 申請表(附件 1)。

2. 領據(附件 2)。

3. 切結書(附件 3)。

4. 雇主給付心理諮商費用之相關證明文件：

4.1 心理諮商費用之收據。

4.2 雇主給付被害人心理諮商費用之佐證資料。

5. 我國主管機關核發之心理師證書或執業執照影本。

6. 事業單位合法設立之登記證明文件影本或自然人雇主國民身份證件正、反面影本。

7. 申訴人或被害人於雇主(投保單位)勞工保險或就業保險被保險人投保明細影本。

8. 事業單位(自然人雇主)之國內金融機構存摺封面影本。

備註	1. 同一案件已領取政府機關相同性質之補助者，不得重複申請本計畫之補助。本府得抽查事業單位提供或轉介被害人心理諮商服務之情形，如發現有偽造或不實者，得撤銷補助資格，並追繳已核發補助金。 2. 補助經費依勞動部核定當年度「補助地方政府辦理工作場所性騷擾防制業務計畫」之補助金額，且至當年度經費用罄即截止。 3. 本申請案所稱心理諮商，指經過國家考試及格，並依心理師法領有臨床心理師證書或諮商心理師證書者執行之心理諮商服務。 4. 單次諮商至少需 40 分鐘以上始補助，每次補助上限新臺幣 2,000 元，每案最多補助 4 次。
----	---

以上載述內容及所提供之附件佐證資料完全屬實，且未申請或未獲得政府機關(含本府)或委託之民間團體同性質補助或有重複申請之情事，若有虛偽，願負法律責任及繳回補助款項。

單位印信	負責人章
------	------

中華民國 年 月 日