

臺中市長期照顧管理中心

申請外籍看護工求才登記表(委託模式)

一、委託書：請使用本中心認可之委託書格式填寫。

1. 請填寫申請人各項資料，且在委託書正面空格實貼上申請人身分證正反面影本
請申請人簽名+蓋章，委託書背面請實貼上被看護者身份證正反面影本。(核對
無誤後需蓋上與正本相符章)。
2. 受委託辦理之公司及承辦人相關資料(公司大小章及承辦人資料)。

二、求才登記表：

由申請人逐項填寫求才登記表各項內容，於確認無誤後，請申請人簽名+蓋章。
上開資料請受委託辦理公司及承辦人取得申請人委託書後，以掛號郵件方式郵寄至
本中心，於收件日開始進行求才推介。

附註：

1. 僅限於臺中市長期照顧管理中心使用，敬請配合辦理。
2. 雇主委託仲介前來辦理外籍看護工之流程維持不變，隨後附表單格式(請選擇
應附文件辦理)。

附表：臺中市長期照顧管理中心

【115.01 版-V1】

雇主委託仲介辦理外籍看護工之應附文件

| 不須評估項目 | 應檢附證明文件 | 求才表 | 共同文件 |
|---|--|----------|---------|
| d1、d2. | 一年內開立之病症暨失能診斷證明書影本。 | 一般 中階 | |
| q1、q2. | 一年內勞動部聘雇許可函或廢止聘函。 | 一般 中階 | |
| e1、e2. | 身心障礙手冊正本及影本。 (須正本查核，郵寄請附掛號回郵信封) | 一般 中階 | |
| j1、j2. | 長照失能等級(CMS)2 級以上，使用居家照顧服務、日間照顧服務或家庭托顧服務連續達6個月以上部分負擔收據影本。 | 一般 中階 | |
| k1、k2. | 一年內診斷證明書(須正本查核，郵寄請附掛號回郵信封)，內容須完整呈現下列內容： (1)經精神科或神經科專科醫師開立病名為失智症。 (2)載明或檢附臨床失智症量表(CDR)分數≥1 分 | 一般 中階 | |
| t1. 70 歲以上 實體癌症診 斷證明書 (第二~三期) | 一年內診斷證明書正本及影本(須正本查核，郵寄請附掛號回郵信封)，內容須完整呈現下列內容： (1)中、英文診斷病名及癌症期別。 (2)載明 ICD-10-CM 診斷碼(符合 C00-C97 之診斷碼)。 | 一般 中階 | 傳遞單和委託書 |
| r. 癌症第四 期以上者 (不分齡) | 一年內診斷證明書正本及影本(須正本查核，郵寄請附掛號回郵信封)，內容須完整呈現下列內容： (1)中、英文診斷病名及癌症期別。 (2)載明 ICD-10-CM 診斷碼(符合 C00-C97 之診斷碼)。 | 一般 中階 | |
| s. | 一年內診斷證明書正本及影本(須正本查核，郵寄請附掛號回郵信封)，文字內容須與勞動部公告內容完全相同： (1)全癱無法自行下床，且於六個月內病情無法改善者。 (2)需二十四小時使用呼吸器或維生設備，且於六個月內病情無法改善者。 | 一般 中階 | |
| v. | 1. 免重新鑑定之身心障礙手冊正本及影本。 2. 聘雇許可函影本。 (須正本查核，郵寄請附掛號回郵信封) | 中階 | |
| u. | 滿 75 歲以上聘雇許可函影本。 | 中階 | |

| 不須評估項目 | 應檢附證明文件 | | 求才表 | 共同文件 | | | | | | | | | | |
|---|---|--|-------------------|---------|---|--|--|---|------------|--|------------|--|--|--|
| t2. 70 歲以上 非實體癌症 診斷證明書 | <p>1. 一年內 診斷證明書正本及影本(需正本查核，郵寄請附掛號回郵信封)，依據非實體癌症檢附如下表文件：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>血液淋巴腫瘤 (非實體癌症)</th><th>應檢附證明文件</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 急性骨髓性白血病、 2. 急性淋巴性白血病、 3. 慢性骨髓性白血病 (加速期或急性血癌轉變期)、 4. 慢性淋巴性白血病 (RAI 第三期或第四期)</td><td>1. 中、英文診斷病名及癌症期別，如無期別者免註) 2. ICD-10-CM 診斷碼 3. 檢附效期內重大傷病卡(健保快易通 APP 內下載核定通知書)</td></tr> <tr> <td>5. 多發性骨髓瘤且需積極抗癌治療、 6. 惡性淋巴瘤且需積極抗癌治療</td><td>1. 中、英文診斷病名及癌症期別，如無期別者免註) 2. ICD-10-CM 診斷碼 3. 檢附效期內重大傷病卡(健保快易通 APP 內下載核定通知書) * 診斷證明書載明需積極抗癌治療</td></tr> <tr> <td>7. 骨髓化生不良症</td><td>1. 中、英文診斷病名及癌症期別 2. ICD-10-CM 診斷碼(符合 C94.6、D46.9、D46.20、D46.C、D46.Z)需合併貧血，血紅素 9g/dL 以下，累計達 3 次。</td></tr> <tr> <td>8. 骨髓增生性腫瘤</td><td>1. 中、英文診斷病名及癌症期別 2. ICD-10-CM 診斷碼(符合 C92.20、C92.21、C92.22、C93.00、C93.01、C93.02、C93.10、C93.11、C93.12、C93.30、C93.31、C93.32、C93.90、C93.91、C93.92、C93.Z0、C93.Z1、C93.Z2、C94.6、C94.40、C94.41、C94.42、C95.10、C95.11、C95.12、D45、D47.3、D47.4、D75.81)，需合併貧血，血紅素 9g/dL 以下，累計達 3 次)。</td></tr> </tbody> </table> | | 血液淋巴腫瘤 (非實體癌症) | 應檢附證明文件 | 1. 急性骨髓性白血病、 2. 急性淋巴性白血病、 3. 慢性骨髓性白血病 (加速期或急性血癌轉變期)、 4. 慢性淋巴性白血病 (RAI 第三期或第四期) | 1. 中、英文診斷病名及癌症期別，如無期別者免註) 2. ICD-10-CM 診斷碼 3. 檢附效期內重大傷病卡(健保快易通 APP 內下載核定通知書) | 5. 多發性骨髓瘤且需積極抗癌治療、 6. 惡性淋巴瘤且需積極抗癌治療 | 1. 中、英文診斷病名及癌症期別，如無期別者免註) 2. ICD-10-CM 診斷碼 3. 檢附效期內重大傷病卡(健保快易通 APP 內下載核定通知書) * 診斷證明書載明需積極抗癌治療 | 7. 骨髓化生不良症 | 1. 中、英文診斷病名及癌症期別 2. ICD-10-CM 診斷碼(符合 C94.6、D46.9、D46.20、D46.C、D46.Z)需合併貧血，血紅素 9g/dL 以下，累計達 3 次。 | 8. 骨髓增生性腫瘤 | 1. 中、英文診斷病名及癌症期別 2. ICD-10-CM 診斷碼(符合 C92.20、C92.21、C92.22、C93.00、C93.01、C93.02、C93.10、C93.11、C93.12、C93.30、C93.31、C93.32、C93.90、C93.91、C93.92、C93.Z0、C93.Z1、C93.Z2、C94.6、C94.40、C94.41、C94.42、C95.10、C95.11、C95.12、D45、D47.3、D47.4、D75.81)，需合併貧血，血紅素 9g/dL 以下，累計達 3 次)。 | | |
| 血液淋巴腫瘤 (非實體癌症) | 應檢附證明文件 | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 急性骨髓性白血病、 2. 急性淋巴性白血病、 3. 慢性骨髓性白血病 (加速期或急性血癌轉變期)、 4. 慢性淋巴性白血病 (RAI 第三期或第四期) | 1. 中、英文診斷病名及癌症期別，如無期別者免註) 2. ICD-10-CM 診斷碼 3. 檢附效期內重大傷病卡(健保快易通 APP 內下載核定通知書) | | | | | | | | | | | | | |
| 5. 多發性骨髓瘤且需積極抗癌治療、 6. 惡性淋巴瘤且需積極抗癌治療 | 1. 中、英文診斷病名及癌症期別，如無期別者免註) 2. ICD-10-CM 診斷碼 3. 檢附效期內重大傷病卡(健保快易通 APP 內下載核定通知書) * 診斷證明書載明需積極抗癌治療 | | | | | | | | | | | | | |
| 7. 骨髓化生不良症 | 1. 中、英文診斷病名及癌症期別 2. ICD-10-CM 診斷碼(符合 C94.6、D46.9、D46.20、D46.C、D46.Z)需合併貧血，血紅素 9g/dL 以下，累計達 3 次。 | | | | | | | | | | | | | |
| 8. 骨髓增生性腫瘤 | 1. 中、英文診斷病名及癌症期別 2. ICD-10-CM 診斷碼(符合 C92.20、C92.21、C92.22、C93.00、C93.01、C93.02、C93.10、C93.11、C93.12、C93.30、C93.31、C93.32、C93.90、C93.91、C93.92、C93.Z0、C93.Z1、C93.Z2、C94.6、C94.40、C94.41、C94.42、C95.10、C95.11、C95.12、D45、D47.3、D47.4、D75.81)，需合併貧血，血紅素 9g/dL 以下，累計達 3 次)。 | | | | | | | | | | | | | |
| 變更雇主 | 準備文件 | | | | | | | | | | | | | |
| 說明 | <p>1. 新(變更後)雇主印章(郵寄請附掛號回郵信封)。</p> <p>2. 求才登記表。</p> <p>3. 委託書。</p> <p>4. 變更申請人切結書。</p> | | | | | | | | | | | | | |

委 託 書

申請人 因事不克前來臺中市長期照顧管理中心辦理申請外籍看護工
申請事項，故委託 仲介公司，承辦人 代為向臺中市長期
照顧管理中心辦理相關申請事宜，以上行為皆經過申請人本人同意辦理，若
有不實，願負相關法律責任。

委 託 人 { 申 請 人 :
身 分 證 字 號 :
地 址 :
電 話 :

申請人需
簽名+蓋章

※ 注意：本委託書需核驗身分證正本後蓋上與正本相符章以資證明

| | |
|--------------------|--------------------|
| 申請人(雇主) 身分證正面影本 | 申請人(雇主) 身分證背面影本 |
|--------------------|--------------------|

| | |
|-------|-------|
| 受委託人 | 公司名稱： |
| | 負責人： |
| | 地址： |
| | 電話： |
| | |
| 承辦人： | |
| 身份證字號 | |
| 電話： | |

司 章 公 蓋 小 大 請 加

請加蓋承辦人
印 章

中華民國 年 月 日

證件黏貼處

一、被看護者

被看護者
身分證正面影本

被看護者
身分證背面影本

二、代辦人員

代辦人員
身分證正面影本

代辦人員
身分證背面影本

臺中市長期照顧管理中心 照顧服務員求才登記表 【115.01 版-V1】

地址：(420)臺中市豐原區中興路 136 號 電話：(04)2515-2888 傳真：(04)2515-8188

一般求才 外國技術人力 (中階)

登記日期 年 月 日

| | | | | |
|-----------------------|--|---|-------------------|--|
| 一 基 本 資 料 | *雇主(申請人) 姓名 | | *雇主(申請人) 身分證號碼 | |
| | *被看護者 姓名 | | *被看護者 身分證號碼 | |
| | *雇主(申請人) 聯絡電話 | | *雇主(申請人) 聯絡手機 | |
| | *雇主(申請人) 通訊地址 | 市、縣_____鄉、鎮、市、區_____里、村 | | |
| | | 路(街)_____段 | | |
| | 巷_____弄_____號_____樓之_____ | | | |
| 照顧人力 | 共_____人。(有幾位家人可協助被看護者) | | | |
| 被看護者病史 | | | | |
| 二 僱 用 資 料 | 工作內容 | 照顧被看護者。 | *工作地點 | 臺中市_____區。 |
| | *工作時間 | ○日班 · 自 時至 時。 ●全日班(24 小時)。 ○夜班 · 自 時至 時。 ○部分工時 · 自 時 分至 時 分。 | | |
| | *進用人數 | 共計進用_____人 | 保 險 | 健保： <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 |
| | *休假方式 | ○月休二天 <input checked="" type="radio"/> 月休四天 ○月休六天 ○月休_____日(依勞動部規定不得無休假) | | |
| | *核薪方式 | 月薪新台幣 <u>32,000</u> 元至 <u>35,000</u> 元。 | | |
| | 住 宿 | ●提供住宿 <input type="radio"/> 不提供住宿 | 供 謇 | ●提供 <u>3</u> 餐 <input type="radio"/> 不提供 |
| 僱用期限 | ○不定期契約 <input type="radio"/> 定期契約【自 年 月 日至 年 月 日】 | | | |
| 三 僱 用 條 件 | 年 齡 | <input checked="" type="radio"/> 不拘(依就業服務法第 5 條規定，取消年齡限制) | | |
| | 學 歷 | <input checked="" type="radio"/> 不拘 <input type="radio"/> 大學 <input type="radio"/> 專科 <input type="radio"/> 高職 <input type="radio"/> 高中 <input type="radio"/> 國中 <input type="radio"/> 國小 | | |
| | 科 系 | <input checked="" type="radio"/> 不拘 <input type="radio"/> _____ 科系所 | | |
| | 駕 照 | <input checked="" type="radio"/> 不拘 <input type="radio"/> 需具備駕照(<input type="radio"/> 機車 <input type="radio"/> 汽車>) | | |
| | 工作經驗 | <input checked="" type="radio"/> 不拘 <input type="radio"/> 需具備，職類：_____ 職稱：_____ 年資：____年____月 | | |
| | 兵役狀況 | <input checked="" type="radio"/> 不拘 <input type="radio"/> 需役畢 | | |
| 語文能力 | 1.□台語： <input type="radio"/> 精通 <input type="radio"/> 良好 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 稍懂 3.□其他_____ <input type="radio"/> 精通 <input type="radio"/> 良好 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 稍懂 2.□客語： <input type="radio"/> 精通 <input type="radio"/> 良好 <input type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 稍懂 4.■不須具外文能力 | | | |
| 四 應 徵 資 料 | 應徵方式 | □函寄 <input checked="" type="radio"/> 電洽 □親洽 □面試 □其他：_____ (可複選) | | |
| | 所需證明 | <input checked="" type="radio"/> 照顧服務員有之時數專業訓練及結業證明 <input type="radio"/> 照顧服務員丙級技術士證照 | | |
| | 聯 絡 人 | □同上雇主(申請人)資料(以下免填)。□第二聯絡人請填下表，仲介請填委託書。 | | |
| | 聯絡人姓名 | | 與雇主關係 | |
| | 聯絡電話/手機 | | 聯絡電話/手機 | |
| | 應徵地址 | 市、縣_____鄉、鎮、市、區_____里、村 | | |
| 路(街)_____段 | | | | |
| 五 申 請 方 式 | 1. <input type="checkbox"/> 醫院開立「病症暨失能診斷證明書」(巴氏量表) 開立日期：_____ 開立醫院：_____ | 以上所提供之資料，如虛報 不實，願負法律責任。 *雇主(申請人)請簽名並蓋章  | | |
| | 2. 醫療院所經醫師開立診斷書(1年內)： (1) <input type="checkbox"/> -失智症診斷書 (2) <input type="checkbox"/> -特定診斷書(全癱或使用呼吸器) (3) <input type="checkbox"/> -癌症診斷書【 <input type="checkbox"/> -4期、 <input type="checkbox"/> -2~3期、 <input type="checkbox"/> -血液淋巴腫瘤】 | | | |
| | 3. <input type="checkbox"/> 符合「特定項目身心障礙證明」 | | | |
| | 4. <input type="checkbox"/> 符合「長照個案且連續使用照顧類服務6個月以上」 | | | |
| | 5. <input type="checkbox"/> 符合「被看護者1年內曾聘僱外看或聘用(中階)外國技術人力」 | | | |

申請外籍看護工變更申請人切結書

申請日期：_____年_____月_____日

一、被看護者

1. 姓名：_____

2. 身分證號碼：_____

二、原雇主

1. 姓名：_____

2. 身分證號碼：_____

3. 聯絡電話：()_____

黏貼身分證影本正面

黏貼身分證影本背面

三、新(變更後)雇主

1. 姓名：_____

2. 身分證號碼：_____

3. 聯絡電話：()_____

4. 與被看護者關係：_____

黏貼身分證影本正面

黏貼身分證影本背面

◎附註：1. 原雇主與變更後新雇主皆須簽名+蓋章。

2. 身分證影本請黏貼至欄位並蓋上正本相符章或蓋印章。

連續 6 個月長照收據黏貼處 -1

佐證連續使用長照第 1 個月收據

佐證連續使用長照第 2 個月收據

連續 6 個月長照收據黏貼處 -2

佐證連續使用長照第 3 個月收據

佐證連續使用長照第 4 個月收據

連續 6 個月長照收據黏貼處 -3

佐證連續使用長照第 5 個月收據

佐證連續使用長照第 6 個月收據