

德育護理健康學院 勞僱型 兼任研究助理 兼任教學助理 工讀生投保申請單

| | | | |
|---|---|--|---|
| 身分級別： <input type="checkbox"/> 本校在籍學生 <input checked="" type="checkbox"/> 外籍學生 | | | |
| 系(科)班級：_____ | | 學號：_____ | |
| 申請單位：教學服務組 | | 計畫名稱：高教深耕計畫 | |
| | | 計畫編號：_____ | |
| 擬用人員資料 | 姓名：_____ | | 到職加保日期：民國 114 年 4 月 1 日 |
| | 身分證字號：_____ | | 預計離職退保日期：民國 114 年 5 月 31 日 |
| | 出生年月日：民國 ____ 年 ____ 月 ____ 日 | | 在校其他兼職：_____ |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 部分工時〔 <input type="checkbox"/> 每時(或 <input type="checkbox"/> 每日或 <input checked="" type="checkbox"/> 每月) 4,940 元〕 平均月薪：_____元 <input type="checkbox"/> 具原住民族身分 <input type="checkbox"/> 具身心障礙資格 | | |
| 加保項目 | 勞工保險 | 全民健保 | 勞工退休金 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 全月加保 <input type="checkbox"/> 按日加保 | <input type="checkbox"/> 加保 <input checked="" type="checkbox"/> 不加保 | 最高可自提至 6%之整數，空白者以零計算 由學生自行負擔(退休時方可向勞保局申請領回) 自願提繳率 _____ % |
| 注意事項 | 一、因勞保不得追溯辦理，凡逾期送件者，其投保生效日以人事室簽收日為準。 二、擬用人員如加保勞工保險、勞退金自願提繳及全民健康保險，實際每月薪資將會扣除個人勞保、勞退金自提及全民健保應負擔之費用，同時學校(計畫)會提撥 6%勞退金。 三、本投保單請據實填報。未成年者之擬用人員，須經法定代理人簽名後方可任用。 四、依全民健康保險法施行細則第 20 條，從事短期性工作(於本校)未達三個月、每週工時未達 12 小時者，得以原投保資格在原單位繼續投保。 五、擬用人員應於到職前三日由服務單位先行提出辦理投保相關事宜。 六、本申請書為人事室辦理勞工保險(勞退)及全民健康保險加保事宜之憑據。如擬用人員於服務期間屆滿或服務期間中途離職或異動，服務單位應立即通知承辦單位，以利提供資料給人事室辦理勞工保險(勞退)及全民健康保險退保事宜。 七、僱用工讀生請檢附身分證及學生證影本。如係僱用外籍學生、僑生及華裔學生為工讀生者，依規定須先取得工作許可證，並於許可期間內聘僱，除寒暑假外，每星期最長時數為 20 小時。 八、勞僱型兼任助理之認定請詳閱「經國管理暨健康學院獎助生及具僱傭關係學生兼任助理權益保障處理要點」。 | | |
| 被保險人本人簽名 (注意事項本人已詳閱) ※ 未成年者須經法定代理人同意 教學助理未滿 18 歲需家長一起簽名 | 服務(用人)單位 | | |
| | 承辦人/計畫主持人 (教務處核章) | 單位主管 (教務處核章) | |
| 收件單位承辦人 已簽兼任助理勞動契約 <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 收件單位主管 | 人事室 | |