

財團法人職業災害預防及重建中心

115 年度心理諮商服務方案

修訂日期：115 年 1 月 26 日

壹、背景說明

隨著工作環境中各種壓力、疲勞或過勞現象普遍存在，對工作者的心理健康、工作表現及職場關係可能造成直接或間接影響。本方案旨在為工作者降低心理壓力求助門檻，協助其認識及運用心理資源，並轉介高健康風險及高工作壓力個案及連結專業醫療資源，以達促進工作者心理健康的目的。

貳、方案期程

自 115 年 2 月 1 日起至 115 年 12 月 15 日或經費用罄(預計服務 12,000 人次)為止。

參、補助對象

本方案的補助對象為符合下列條件之一：

- 一、工作者：符合職業安全衛生法第二條之定義，指勞工、自營作業者及其他受工作場所負責人指揮或監督從事勞動之人員。
- 二、具投保勞工職業災害保險身分者。

肆、執行單位

- 一、受理補助對象申請心理諮商服務：本中心北區技術服務處、中區技術服務處、南區技術服務處(以下簡稱「本中心服務辦公室」)或本方案委託之專業機構(以下簡稱「專業機構」)。
- 二、提供心理諮商服務之機構(以下簡稱「合作機構」)，須符合以下條件之一：
 - (一) 具備所在地方主管機關核准登記並領有開業執照之醫療機構，且其「診療科別」應設有「精神科」之醫院或診所。

- (二) 具備所在地方主管機關核准登記並領有開業執照之心理治療所或心理諮商所。

伍、心理諮商費補助項目、額度及規範

一、補助額度及標準：

- (一) 每次心理諮商補助金額最高 1,600 元，且每次心理諮商時間須至少 40 分鐘以上。

(二) 服務階段與次數：

1. 第一階段：一般心理諮商。

- 申請對象：所有補助對象。
- 服務內容：短期心理諮商，重點為鼓勵求助及轉介健康風險個案。
- 服務次數：每位補助對象可申請最多 3 次服務。

2. 第二階段：特殊職場事件心理諮商。

- 申請對象：完成第一階段服務後，工作相關過勞量表(Copenhagen Burnout Inventory-Work Burnout，簡稱 CBI-W)計分顯示為高風險的補助對象。
- 服務內容：針對有涉及特殊職場事件工作者提供延續心理諮商，重點為鼓勵前述工作者求助及轉介健康風險個案。
- 服務次數：每位補助對象最多 3 次服務。
- 申請流程：

- (1) 完成第一階段服務後，若經合作機構評估後 CBI-W 計分顯示為高風險者，轉介至本中心服務辦公室或專業機構進行特殊職場事件評估。

- (2) 經評估符合條件者，啟用第二階段服務。

二、補助規範：

- (一) 本項經費為補助「自費」之「心理諮商費」，不含掛號費等其他費用。

- (二) 合作機構所訂心理諮商費若高於 1,600 元/次，則合作機構申請本方案補助當次，不得另向補助對象收取心理諮商費之差額。
- (三) 合作機構已向本方案申請補助之金額，不得重複向補助對象收取，或向其他方案、經費申請補助或報支，反之亦然。

陸、心理諮商補助對象應配合事項及規範：

- 一、本方案提供之心理諮商服務，需先至本中心網站查詢本方案合作機構名單相關資料後，逕洽合作機構預約。
- 二、於首次至合作機構接受心理諮商服務時，應出示並繳交有效之投保證明文件(文件日期以第一次心理諮商服務當月為原則)，以確認其於當下仍具勞工保險或勞工職業災害保險投保身分，並由合作機構留存備查。
- 三、應於接受心理諮商服務前簽署同意書及職場心理壓力自我檢核表(附件一、附件二、附件五)；完成最後一次(或結案)心理諮商服務後，應配合填寫滿意度問卷(附件八)。
- 四、對於已向合作機構預約之心理諮商服務，如連續 2 次無故未依約接受心理諮商，合作機構得拒絕提供其服務。
- 五、補助對象於完成第一階段服務後，若經合作機構評估後符合第二階段服務資格，依個人意願轉介至本中心服務辦公室或專業機構進行特殊職場事件評估，確認符合服務資格後方才可預約第二階段心理諮商服務，以確保服務效果及品質。
- 六、為確保心理諮商服務效果及品質，每階段的服務期程以不超過 3 個月為原則。每次服務間隔以不得少於 7 日，且 2 次服務間隔時間不得超過 30 日。

柒、合作機構應配合事項及規範

- 一、本方案服務提供者，限由依法領有西醫師、臨床心理師、諮商心理師證書者，且執業登記於前開機構，或依法事先報所在地主管機關核准支援該合作之精神科醫師、臨床心理師、諮商心理師，並應依各該專門職業

技術人員法規執行業務；上述人員有勞工健康服務人員合格證明或職場心理服務經驗尤佳。

二、合作機構應配合本中心服務辦公室或專業機構依據執行狀況所為之指示，並指派專人為本方案聯繫窗口，並應確實依本方案相關規範辦理。

三、符合方案資格，且有意願加入本辦法之合作機構，應先建立本方案心理諮商服務流程(需含風險評估及風險轉介)、收費標準、參與本方案提供服務之醫事人員資料等，並檢具以下資料向本中心服務辦公室或專業機構提出申請，經本中心或專業機構核准後，完成簽約或其他行政程序，本中心或專業機構備查後將公告於本中心官網；欲退出本方案者，應主動向本中心服務辦公室或專業機構提出。

(一) 心理諮商服務機構申請表(附件三)。

(二) 心理諮商服務機構合作備忘錄(附件四)。

(三) 機構證明影本：當地主管機關核發之開業執照證明。

(四) 諮商人員資格證明文件影本：

1. 精神科專科醫師證書。

2. 心理師證書。

3. 執業執照。

4. 機構僱用或特約該服務人員之證明文件。

5. 其他：如勞工健康服務人員合格證明或職場心理服務相關經歷佐證證明。

四、合作機構既有收取之行政規費(如掛號費或臨時調整預約時段等行政管理費用)，依原醫事規定辦理，並於申請合作時一併載明相關收費項目與標準；機構不得另立其他名目，向補助對象收取費用(如貼補自費諮商差額，或針對本方案補助對象額外收取行政費用等)；所有行政規費收費方式應於合作申請時明確揭示，經本中心或專業機構審查通過後，不得任意變更或追加，如有違反，將逕予終止其合作機構資格。

- 五、本中心服務辦公室或專業機構得依申請機構過去方案執行情形、轄內資源及稽核結果等，不予同意申請機構加入本方案。
- 六、本中心服務辦公室或專業機構得依稽核結果或有重大違規事件時，得於方案執行期間終止合作機構參與方案資格。本中心服務辦公室或專業機構無另訂規定者，以書面通知送達之次日起 14 日內為終止日。期間不得持續受理預約；已預約或服務中之補助對象，應由本中心服務辦公室或專業機構依補助對象意願協助媒合至其他合作機構。
- 七、合作機構服務勞工前，應注意事項(預約後至服務前)：
- (一) 合作機構應衡量勞工心理諮商需求之迫切性，不宜接受勞工預約逾當日起 30 日後之服務。
 - (二) 合作機構接受勞工預約服務時，應先確認勞工符合方案補助條件，並至本方案系統查詢勞工已使用之服務次數。
 - (三) 合作機構應於提供服務前，應向有意願使用本方案之勞工介紹本方案內容(屬短期心理諮商架構，重點在鼓勵求助、風險轉介，及超過本方案補助次數後，有持續接受心理諮商服務需求之處理方式)，並請其簽署同意書，由機構併同業務紀錄留存。
- 八、為利服務效果及品質，本方案提供之心理諮商服務分為兩個階段，每階段最多提供 3 次服務。勞工於完成第一階段後，若經合作機構評估 CBI-W 計分顯示為高風險者，則可轉介至本中心服務辦公室或專業機構，由本中心服務辦公室或專業機構聯繫勞工安排特殊職場事件評估，若有符合第二階段申請條件，本中心服務辦公室或專業機構將於本方案系統開放該勞工第二階段服務權限。勞工於完成第二階段心理諮商服務後，若經合作機構評估 CBI-W 計分仍顯示為高風險者，則可再次轉介至本中心服務辦公室或專業機構以確認是否需職業醫學服務。
- 九、自第 1 次使用服務日起，每一階段總期程以不超過 3 個月為原則，2 次服務相隔期間不得超過 30 天。

- 十、合作機構應於安排首次諮商時，即確認補助對象是否能配合上述時程，並儘可能預先排定完整服務計畫，以利其順利完成諮商服務；若經服務提供者臨床專業評估，認定補助對象確有危急或迫切需求，或遇天災、事故或其他不可抗力因素，致無法依原定時程完成服務者，應事前向本中心服務辦公室申報，並說明臨床專業判斷依據及個案情形，經同意後方得調整服務時程。前揭例外情形不得常態化，並應確實紀錄於業務紀錄中，以利後續查核。
- 十一、為確認心理諮商服務品質，並避免影響合作機構原服務中之勞工或病人，每合作機構以每週服務 10 人次為限；每位醫師或心理師每週以服務 5 人次為原則，機構得視情況報本中心同意後調整之。
- 十二、本中心服務辦公室或專業機構得依合作機構之專案申請、過去方案執行情形、轄內資源及稽核結果等，予以調整前開分配原則。
- 十三、合作機構服務勞工期間應注意事項：
- (一) 執行本方案心理諮商服務之醫事人員，應記錄勞工之基本資料，並對其求助問題、心理健康、精神疾病識能進行評估，並擬具合理時限之心理諮商計畫，必要時應提供適切之醫療處置或轉介。
 - (二) 執行本方案心理諮商服務之醫事人員，應於每一階段之第 1 次服務勞工前，請勞工自行填寫「職場心理壓力自我檢核表」，並於每一階段之第 1 次服務勞工前，及最後 1 次(第 3 次)服務勞工時，以簡式健康量表(Brief Symptom Rating Scale，簡稱 BSRS-5)及 CBI-W(附件五)進行評估並載於業務紀錄，並應以服務當日為原則(至遲不得超過 3 日)，至本方案系統填報(填報欄位如附件六) 並上傳必要文件。
 - (三) 經前開 BSRS-5 評估，第 1 至第 5 題總分大於等於 15 分者，或第 6 題(附加題)自殺意念大於等於 2 分者，心理師應積極轉介勞工至合作之精神醫療機構就診(轉介單如附件七)。如合作機構為醫院或診所，且其主責之精神科醫師可治療或診斷時，不在此限。

- (四) 合作機構於執行心理諮商服務或相關作業時，如因系統或非合作機構可歸責之因素發生異常，致暫時無法依規完成紀錄、回報或其他程序者，應立即通報本中心或專業機構並妥善留存紀錄，於系統恢復後補登，不得因此認定合作機構可違反相關規範。
- (五) 合作機構如發現系統程式錯誤、設定異常或其他情況，致使可以輸入不符規範(例如服務間隔不足或超出)之資料，應立即通報本中心或專業機構，不得利用該情況規避或違反相關規定。
- (六) 合作機構應依本中心或專業機構公告之最新系統設定或功能，完整填寫各項必要欄位與資料，如因系統更新新增填寫欄位，亦應依規定配合填寫，不得任意省略或延遲。
- (七) 進行前開轉介時，服務提供者應與補助對象共同討論，並以其可穩定就醫之醫療機構為原則，不以原合作轉介機構為限。
- (八) 進行前開轉介時，如確認補助對象已穩定於醫療機構就醫，應以連繫其主治醫師並確認勞工之診斷或醫囑為原則；並應於本方案系統之轉介就醫欄位填入其就醫機構名稱，並載於業務紀錄妥善收存。
- (九) 進行前開轉介時，如補助對象表示拒絕或認無需要，仍應提供其建議就醫之醫療機構資訊，並於每一階段心理諮商關係結束前，協助勞工就醫為服務目的及原則。服務提供者仍應於線上服務摘要之轉介就醫欄位填入建議其就醫機構之名稱，並載於業務紀錄妥善收存。
- (十) 於每一階段第 3 次心理諮商服務後，經前開 CBI-W 評估，第 1 題至第 7 題總分平均大於等於 60 分者，合作機構可轉介勞工至本中心服務辦公室或專業機構進行特殊職場事件評估或職業醫學服務評估(轉介單如附件七)。
- 十四、服務提供者提供心理諮商等醫療服務後，應依醫療法、醫師法、心理師法等醫事相關法規製作紀錄並載明包含前開事項(但不限於)，並依法妥為保存。

十五、倘個案使用此辦法補助之服務後仍有心理諮商服務需求，機構應協助轉介至各縣市社區心理諮商據點、社區心理衛生中心或採自費方式繼續使用機構之心理諮商服務。

十六、本中心服務辦公室或專業機構基於業務職掌及為審核本分案執行情形需要，得進行實地查核，並抽查本方案之補助名冊與相關紀錄，合作機構應予配合。

十七、合作機構提供心理諮商服務，須全程符合本方案所訂之相關規定，且每次心理諮商服務時間須達 40 分鐘(含)以上，並依規定完成相關服務紀錄及文件作業，始得申請該次服務費用之核銷。未符合本方案規定或服務時間未達規定者，不得申請該筆心理諮商服務費用之補助或核銷。

捌、本中心服務辦公室或專業機構配合事項及督導原則

一、本中心服務辦公室或專業機構應邀請職業醫學專科醫師協助評估補助對象是否符合使用第二階段服務資格，並在轉介服務前應向有意願使用本方案之補助對象介紹本方案內容(屬短期心理諮商架構，重點在鼓勵求助、風險轉介，及超過本方案補助次數後，有持續接受心理諮商服務需求之處理方式)，並提供第二階段同意書及轉介單(附件九)，由補助對象攜帶前往合作機構接受心理諮商服務。

二、補助對象於第二階段服務完成後，若經合作機構評估 CBI-W 計分仍顯示為高風險者，則須評估勞工是否需要轉介職業醫學服務。

三、設置補助對象及合作機構洽詢本方案之服務窗口，強化本方案之便民服務。

四、如補助對象經查有重複接受相同補助之情事，協助合作機構向補助對象追繳重複補助之款項。

五、執行本方案心理諮商服務如確有符合本方案相關規定且提供每次心理諮商時間須至少 40 分鐘以上，得予核銷。

六、服務提供者如確有提供單次達 40 分鐘之心理諮商服務，則符合補助規定，得予核銷。

七、服務提供者若違反各該醫事人員法規，則通報衛生局依法裁處，並終止其合作機構資格。

八、依稽核結果或有重大違規事件時，得於方案執行期間終止合作機構參與方案資格。本中心服務辦公室或專業機構無另訂規定者，以書面通知送達之次日起 14 日內為終止日。期間不得持續受理預約；已預約或服務中之補助對象，應由本中心服務辦公室依補助對象意願協助媒合至其他合作機構。

九、請妥為留存執行本方案之同意書、服務清單及明細，俾供後續查驗。

十、本中心服務辦公室或專業機構應掌握轄內補助服務之使用情形，如補助額度以屆用罄，應提前公告於本中心官網供勞工知悉。

玖、職業醫學專科醫師配合事項

職業醫學專科醫師應依本方案規定，就補助對象之工作相關壓力事件或職場暴露情形進行專業評估，並確認是否符合本方案補助資格。職業醫學專科醫師於完成評估並認定補助對象符合本方案資格後，應向其說明本方案之使用流程與相關注意事項，並填具心理諮商服務申請單或相關評估文件，交由補助對象攜帶至經審查通過之合作機構，接受後續心理諮商服務。

前項職業醫學專科醫師所完成之評估作業，經確認該個案後續實際進入心理諮商服務者，得依本方案規定申請評估費用。評估費用以每份評估表新臺幣 500 元為原則，並應依實際完成之評估紀錄據實申報及核銷；未實際進入心理諮商服務者，不得申請評估費用。

壹拾、經費申請、審查及核銷方式

一、經費申請

(一)合作機構

合作機構依實際發生之心理諮商費，於費用申請作業期間依合作機構所屬轄區本中心服務辦公室或專業機構規定就以下資料造冊後，檢附領據送所在地本中心服務辦公室或專業機構審查：

1. 心理諮商服務之人員清單(附件十)。
2. 心理諮商服務明細(附件十一)。
3. 補助對象簽署之同意書之影本/電子掃描檔。
4. 收據(附件十二)
5. 其他經本中心認定有必要提出之文件。

(二)職業醫學專科醫師

職業醫學專科醫師應依本方案規定，針對其完成之評估案件，且經確認補助對象後續實際進入心理諮商服務者，於費用申請作業期間，檢附評估紀錄及相關佐證文件，依本中心或專業機構所訂期限與格式，辦理評估費用之申請與核銷。每份評估表之補助金額以新臺幣 500 元為原則，並應依實際完成之評估紀錄據實申報。未實際轉介並進入心理諮商服務之評估案件，不得申請評估費用之補助或核銷。所應繳交資料內容與格式，應依本中心或專業機構所訂規範辦理。

1. 心理諮商評估服務清單(附件十二)。
2. 收據(附件十三)
3. 其他經本中心或專業機構認定有必要提出之文件。

二、審查作業

申請資料缺漏、錯誤或未符規定者，不予補助。經審查須提供佐證資料者，合作機構應於通知之次日起五日內(含)完成資料上傳或補件，未於期限內提供者，不予補助。

三、核銷作業

由本中心服務辦公室或專業機構依收件順序受理完成文件審查後送至本中心或專業機構辦理請款，審查通過後由本中心撥付款項給合作機

構及職業醫學專科醫師。惟本方案編列經費用罄者，即停止受理申請。

補助費用之發給或終止，得視經費額度調整。

四、合作機構應遵守事項

- (一) 本方案係委託合作機構執行心理諮商服務，必要時，本中心得邀集相關專家學者成立審查小組，或由本中心或專業機構派員實地查核，合作機構應予配合，不得拒絕、規避或妨礙。
- (二) 合作機構於申請支付費用時，應本誠信原則，對所提資料之真實性負責；同一服務不得重複向二個以上機關申請補助，並應自主檢核，如有不實，應負相關責任。
- (三) 合作機構如於執行本方案過程中涉及政府採購法相關事項，應依其規定辦理；若製作影片、廣告、照片、刊物、手冊、海報、資訊軟體、網站等宣傳或教材，應遵守著作權等相關法令。
- (四) 合作機構應依稅法相關規定，對補助費用辦理必要之扣繳或申報事項。

財團法人職業災害預防及重建中心

115 年度心理諮商服務方案第一階段同意書

本人 _____ 在經過合作機構說明後，已充分瞭解本方案內容、風險、益處、相關權益及規範，同意參與財團法人職業災害預防及重建中心 115 年度勞工健康服務辦公室心理諮詢方案，並願意遵守下列規定：

1. 同意僅使用本方案之補助服務至多 3 次，且如先前已有至其他合作機構接受本案補助之情事，應據實告知。如有虛偽不實，願負一切法律責任，並主動向勞工健康服務辦公室繳回溢領之心理諮商補助費用，每次新臺幣壹仟陸佰元整。
2. 對於已向合作機構預約之心理諮商服務，若如連續 2 次無故未依約接受心理諮商，將暫停您半年間預約的權益，且須與勞工健康服務辦公室預約個人身心健康評估後，才能延續後續心理諮商服務。
3. 為確保心理諮商服務效果及品質，總期程以不超過 3 個月為原則，2 次服務期間以不小於 7 日為原則，2 次服務相隔期間不得超過 30 日。
4. 同意財團法人職業災害預防及重建中心蒐集本人相關個人資料，但僅作為去識別分析、研究及評估本方案政策成效，及稽核本方案心理諮商服務品質等公務目的使用。

_____(合作機構)及財團法人職業災害預防及重建中心針對上開本人各項資料，應妥為保管，以供日後相關單位查核服務執行狀況。

立書人： _____

立書人地址： _____

立書人身分證字號： _____

立書人電話： _____

合作機構： _____

合作機構說明人員： _____

中 華 民 國

年

月

日

※同意書之記載如有虛偽不實，填寫人恐觸犯刑法偽造文書或登載不實罪，將依法追究相關法律責任。

財團法人職業災害預防及重建中心

115 年度心理諮商服務方案第二階段同意書

本人 _____ 在經過合作機構說明後，已充分瞭解本方案內容、風險、益處、相關權益及規範，同意參與財團法人職業災害預防及重建中心 115 年度心理諮商服務方案，並願意遵守下列規定：

1. 同意僅使用本方案第二階段之補助服務至多 3 次，且如先前已有至其他合作機構接受本案補助之情事，應據實告知。如有虛偽不實，願負一切法律責任，並主動向本中心服務辦公室繳回溢領之心理諮商補助費用，每次新臺幣壹仟陸佰元整。
2. 對於已向合作機構預約之心理諮商服務，若如連續 2 次無故未依約接受心理諮商，將暫停您半年間預約的權益，且須與本中心服務辦公室預約個人身心健康評估後，才能延續後續心理諮商服務。
3. 為確保心理諮商服務效果及品質，總期程以不超過 3 個月為原則，2 次服務期間以不小於 7 日為原則，2 次服務相隔期間不得超過 30 日。
4. 同意財團法人職業災害預防及重建中心蒐集本人相關個人資料，但僅作為去識別分析、研究及評估本方案政策成效，及稽核本方案心理諮商服務品質等公務目的使用。

財團法人職業災害預防及重建中心針對上開本人各項資料，應妥為保管，以供日後相關單位查核服務執行狀況。

立書人： _____

立書人地址： _____

立書人身分證字號： _____

立書人電話： _____

合作機構： _____

合作機構說明人員： _____

中 華 民 國

年

月

日

※同意書之記載如有虛偽不實，填寫人恐觸犯刑法偽造文書或登載不實罪，將依法追究相關法律責任。

提供人員： (簽章)	本中心服務辦公室或專業機構： (蓋印)
---	--

心理諮商機構申請表

申請日期： 年 月 日

機構基本資料	機構名稱		機構負責人	
	機構地址			
	聯繫窗口		職稱	
	聯絡電話		傳真	
	電子郵件		可服務時段	☐ 白天(00:00-00:00) ☐ 夜間(00:00-00:00)
	行政規費			

心理諮商人員清冊(表格不敷使用時請自行增列)					
序號	姓名	資格證明文件(影印本)	職務性質	職場心理服務經驗(有、無)	備註
		☐ 精神科專科醫師證書 ☐ 心理師證書 ☐ 執業執照 ☐ 機構服務證明 ☐ 勞工健康服務人員合格證明 ☐ 其他:_____	☐ 僱用 ☐ 特約	☐ 無 ☐ 有，請於備註簡述	
		☐ 心理師證書 ☐ 執業執照 ☐ 機構服務證明 ☐ 勞工健康服務人員合格證明 ☐ 其他:_____	☐ 僱用 ☐ 特約	☐ 無 ☐ 有，請於備註簡述	

心理諮商機構切結
 茲聲明以上記載及所附文件均完全屬實，並同意本辦法所述事項，有虛偽不實情事者，願負一切法律責任，絕無異議。

申請心理諮商機構名稱： (蓋印)

負責人： (蓋印)

中華民國： 年 月 日

附件四

心理諮商機構合作備忘錄

財團法人職業災害預防及重建中心(以下簡稱甲方)委請乙方為當事人提供心理諮商服務，甲、乙雙方同意本誠信原則共同遵守下列條款：

- 壹、符合補助資格之補助對象，得依甲方公告之合作機構名單，逕自向乙方提出申請，由乙方安排已報備甲方之醫師或心理師進行心理諮商服務。
- 貳、每位補助對象之諮商服務次數及每次服務時間，應遵守本方案相關規定。補助對象於每次心理諮商結束後，可與乙方預約下次諮商時間；如補助對象或乙方徵得補助對象同意後，認為無需再進行心理諮商時，則予以結案。
- 參、甲方依據本方案之規定，核實支付乙方補助對象個別諮商費用。乙方應遵守本方案及本備忘錄之各項規範，如未依規辦理，甲方得不予給付諮商費用。如乙方違反規範，經通知限期改善仍未改善者，甲方除得不予給付諮商費用外，並得終止本備忘錄。
- 肆、乙方應就本辦法實際補助費用，依規定時程造冊，檢具相關資料向甲方請領，經所在地勞工健康服務辦公室審查，以利後續費用撥付。
- 伍、乙方應依相關法令及專業倫理守則保密並保存補助對象資料，非經法律程序或補助對象書面授權，不得提供予甲方以外之任何單位或人員。
- 陸、乙方應依醫療法、心理師法或其他相關法規，對提供之心理諮商服務製作紀錄並妥善保存，並遵守專業倫理規範，如有違反，甲方得終止本備忘錄；任何一方不履行約定事項，他方得終止合作關係。除前述情形外，非經雙方書面同意，任何一方不得修正或終止本備忘錄。
- 柒、備忘錄期間內，甲、乙雙方代理人(負責人)若有異動，本備忘錄仍繼續有效。
- 捌、本備忘錄期間自簽訂日起至115年12月15日或經費用罄止。
- 玖、關於本備忘錄或其引起之糾紛，雙方應依誠信原則解決；如有訴訟必要，雙方同意以甲方所在地地方法院為第一審管轄法院。
- 壹拾、本備忘錄壹式貳份，甲乙雙方各執壹份為憑，並自簽約日起生效，如有未盡事宜得經雙方同意後修改之。

訂約人：

甲 方： 財團法人職業災害預防及重建中心 乙 方：

負責人：

負責人：

電話：

電話：

地址：

地址：

中 華 民 國

年

月

日

附件五

簡式健康量表 (BSRS-5)

下列所舉的問題是為協助您瞭解您的身心適應狀況，請您仔細回想在最近一星期中(包括今天)，這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後勾選一個您認為最能代表您感覺的答案。

	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害
一、睡眠困難,譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4
二、感覺緊張不安	0	1	2	3	4
三、覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
四、感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4
五、覺得比不上別人	0	1	2	3	4
附加題、有自殺的想法	0	1	2	3	4

說明：前五題總分大於等於 15 分或附加題分數大於等於 2 分以上者，應協助轉介至醫療機構尋求精神醫療專業諮詢。

工作相關過勞量表 (CBI-W)

	很嚴重	嚴重	有一些	輕微	非常輕微
一、您的工作會令人情緒上心力交瘁（心情上非常累）嗎	100	75	50	25	0
二、您的工作會讓覺得快要累垮了嗎	100	75	50	25	0
三、您的工作會讓您覺得挫折嗎	100	75	50	25	0
	總是	常常	有時候	不常	從未或幾乎從未
四、工作一整天之後，您會覺得精疲力盡（累到完全沒有力氣）嗎	100	75	50	25	0
五、上班前只要想到又要工作一整天，您就覺得沒力嗎	100	75	50	25	0
六、上班時您會覺得每一分鐘都很難熬（時時刻刻都覺得累）嗎	100	75	50	25	0
七、不工作的時候，您有足夠的精力陪朋友或家人嗎	0	25	50	75	100

說明：將 1 至 7 題之分數相加，並除以 7；大於等於 60 分以上為高風險等級，應進一步與勞工健康服務醫護人員諮詢。

115 年度勞工心理健康支持服務計畫

職場心理壓力自我檢核表

申請人聲明：本計畫旨在提供因工作相關因素導致心理壓力之勞工心理諮商服務。請您回顧過去 6 個月內，是否曾經歷下列職場事件或狀況。此資料僅供諮商師評估參考，內容將嚴格保密。

一、工作負荷與工時狀況

請勾選您近期經歷的狀況：

- ☐ 長時間勞動：發病前 1 個月內加班達 80 小時以上，或連續 2 週以上未休假。
- ☐ 工作量遽增：工作內容或工作量發生巨大變化，或被賦予難以達成的業務標準量。
- ☐ 高壓任務：負責新事業、公司重建、或處理困難的顧客訂單/賠償要求。
- ☐ 職務變動：職務內容、工作地點變更，或原需多人負責的業務改由一人承擔。

二、職場事件與責任

請勾選您近期經歷的狀況：

- ☐ 重大事故：經歷或目擊與工作相關的嚴重事故、災害，或因此受傷/患病。
- ☐ 工作失誤：發生重大工作疏失（如造成公司損失、信用受損），或被過度追究責任。
- ☐ 違法要求：被強求執行與業務相關的違法行為。
- ☐ 身分變動：被迫離職、解僱、降職，或面臨契約期滿/提早退休之壓力。

三、職場人際與騷擾

請勾選您近期經歷的狀況：

- ☐ 職場暴力：遭受同仁間或主管之攻擊性的語言、罵髒話、毆打、被物品丟擲等。
- ☐ 職場霸凌：遭受同仁間或主管及部屬間，持續以冒犯、威脅、冷落、孤立、侮辱或其他不當之言詞或行為。
- ☐ 性騷擾：遭受性暗示言語、身體碰觸，或帶有性意味的騷擾行為。
- ☐ 就業歧視：受同仁間或主管之年齡歧視、性別歧視、容貌歧視、婚姻歧視等。

四、其他（請敘述自己的狀況）：_____

申請人簽名：_____ 日期：_____年_____月_____日

附件六

財團法人職業災害預防及重建中心
115 年度心理諮商服務方案服務摘要

【本表採電子表單形式填報】

一、服務方資訊

欄位	說明
機構名稱	下拉式選單
機構代碼	選擇「機構名稱」後自動帶入
機構縣市別	選擇「機構名稱」後自動帶入
醫事人員類別	自動帶入/下拉式選單
心理諮商服務人員姓名	自動帶入/下拉式選單

二、勞工方資訊(僅第 1 次須填，已有填答紀錄者自動代入)

欄位	說明
姓名	手動輸入
身分證字號	手動輸入
聯絡電話	手動輸入
居住地	下拉式選單(22 縣市)
生日	手動選取(yyyy/mm/dd)
婚姻狀況	下拉式選單(未婚/已婚/離婚或分居/喪偶/不便回答)
教育程度	下拉式選單(國中(含)以下/高中職/專科/大學/研究所以上/不詳)
勞保狀況	下拉式選單(有投保/未投保)
勞工職業災害保險狀況	下拉式選單(有投保/未投保)
行業	下拉式選單(19 項分類) 備註：參考中華民國統計資訊網行業標準分類
職業	下拉式選單(民意代表、主管及經理人員/專業人員/技術員及助理專業人員/事務支援人員/服務及銷售工作人員/農、林、漁、牧業生產人員/技藝有關工作人員/機械設備操作及組裝人員/基層技術工及勞力工/不便回答) 備註：參考中華民國統計資訊網職業標準分類

三、服務情形

欄位		說明
使用諮商階段		下拉式選單(第 1 階段/第 2 階段) 備註：第 2 階段權限須由本中心服務辦公室或專業機構開放
服務日期		手動選取(yyy/mm/dd)
使用諮商次數		下拉式選單(第 1 次/第 2 次/第 3 次)
本次服務目的		手動選取(長時間勞動/工作量遽增/高壓任務/職務變動/重大事故/工作失誤/違法要求/身分變動/職場暴力/職場霸凌/性騷擾/就業歧視/其他) 備註：可複選
BSRS-5	第 1 題	手動選取(完全沒有/輕微/中等程度/厲害/非常厲害)
	第 2 題	
	第 3 題	
	第 4 題	
	第 5 題	
	附加題	
CBI-W	第 1 題	手動選取(很嚴重/嚴重/有一些/輕微/非常輕微)
	第 2 題	
	第 3 題	
	第 4 題	手動選取(總是/常常/有時候/不常/從未或幾乎從未)
	第 5 題	
	第 6 題	
	第 7 題	
BSRS-5 轉介狀態		下拉式選單(無/已轉介/勞工已就醫/勞工拒絕轉介，已建議就醫機構)
BSRS-5 轉介機構名稱		手動輸入
CBI-W 轉介狀態		下拉式選單(無/已轉介/勞工拒絕轉介)
CBI-W 轉介本中心服務辦公室區域		下拉式選單(北區/中區/南區/專業機構)

※本表僅供參考，實際填寫欄位將依本中心公告及業務需要隨時調整

115 年度心理諮商服務方案心理諮詢方案轉介單

原 醫 事 機 構	機構名稱：	電話：	心理諮商 服務機構用印	
	機構代碼：			
	地址：			
個 案 基 本 資 料	姓名：	性別： ☐ 男 ☐ 女		
	身分證字號：	出生日期： 年 月 日		
	聯絡電話：	聯絡人： 關係：		
	聯絡地址：			
個 案 狀 況	☐ 1.BSRS-5 五題總分大於等於 15 分 ☐ 2.BSRS-5 附加題分數大於等於 2 分 ☐ 3.CBI-W 七題平均分數大於等於 60 分 ☐ 4.其他經評估有轉介或長期介入之需要(請說明原因)：			
轉 介 原 因	(可複選) (1)情感/人際關係 (2)精神健康/物質濫用 (3)工作 (4)經濟 (5)生理疾病 (5)其他 ☐家庭成員問題 ☐職場人際關係 ☐夫妻問題 ☐喪親、喪偶 ☐感情因素 ☐長期照顧壓力 ☐憂鬱傾向、罹患憂鬱症 ☐酒精濫用 ☐藥物濫用 ☐罹患其他精神疾病 ☐長時間勞動 ☐工作量遽增 ☐高壓任務 ☐職務變動 ☐重大事故 ☐工作失誤 ☐違法要求 ☐身分變動 ☐職場暴力 ☐職場霸凌 ☐性騷擾 ☐就業歧視 ☐失業 ☐債務 ☐慢性化的疾病問題(如：久病不癒) ☐急性化的疾病問題(如：初得知患病) ☐其他：_____			
建 議 轉 介 機 構	機構名稱：			
	電話：			
	地址：			
轉介日期： 年 月 日				

附件八

財團法人職業災害預防及重建中心
115 年度心理諮商服務方案滿意度調查表

一、基本資料：

1. 性別：☐男 ☐女 ☐其他
2. 年齡：☐15-20 歲☐21-25 歲☐26-30 歲☐31-35 歲☐36-40 歲☐41-45 歲☐46-50 歲
☐50-55 歲☐56-60 歲☐61-65 歲☐65 歲以上
3. 職業：
4. 居住縣市：_____
5. 在哪個縣市接受諮商服務：_____
6. 您於使用本方案前，是否有使用過心理諮商服務？☐是 ☐否
7. 是否遇有諮商未達 40 分鐘之情形？☐否 ☐是 機構名稱：__（是時必填）
8. 機構是否有向您收取額外的心理諮商費用？☐否 ☐是 機構名稱：__（是時必填）
9. 從預約本方案心理諮商，到第一次諮商，共等候了多久？ ☐1 週以下 ☐1 週-2 週 ☐2 週
☐3 週 ☐3 週-1 個月 ☐1 個月以上

二、請您依使用本方案心理諮商服務經驗填答下列問題：

	非常 同意 (5)	同意 (4)	普通 (3)	不同 意 (2)	非常 不同 意 (1)
1.我覺得本方案的心理諮商對我是有幫助的	☐	☐	☐	☐	☐
2.我對機構的心理諮商服務流程感到滿意	☐	☐	☐	☐	☐
3.整體而言，我對於財團法人職業災害預防及重建中心提供此方案感到滿意	☐	☐	☐	☐	☐

三、其他建議事項：_____

附件九

財團法人職業災害預防及重建中心

115 年度心理諮商服務方案第二階段服務需求轉介單

轉介日期： 年 月 日

一、本中心服務辦公室聯繫資訊					
轉介轄區	☐ 北區 ☐ 中區 ☐ 南區 ☐ 專業機構			主要聯絡方式	☐ 電話 ☐ 傳真 ☐ E-mail
轉介者		職稱		聯絡電話	
E-mail				傳真	
二、個案基本資料					
個案姓名				性別	☐ 男 ☐ 女 ☐ 其他
身分證字號				出生年月日	年 月 日
居住地				聯絡電話	
三、服務申請（轉介）需求					
個案概況 (主訴問題)	☐ 長時間勞動 ☐ 工作量遽增 ☐ 高壓任務 ☐ 職務變動 ☐ 重大事故 ☐ 工作失誤 ☐ 違法要求 ☐ 身分變動 ☐ 職場暴力 ☐ 職場霸凌 ☐ 性騷擾 ☐ 就業歧視 ☐ 其他_____				
目前資源 運用情形	☐ 無 ☐ 有，類型： ☐ 社會福利 ☐ 法律諮詢 ☐ 醫療衛生 ☐ 勞政 ☐ 其他：				
個人病史	☐ 無 ☐ 曾經看過精神科，診斷或問題_____ ☐ 其他身心困擾_____				
備 註				服務辦公室或專業機構用印	

附件十

財團法人職業災害預防及重建中心
115 年度心理諮商服務方案服務清單

機構名稱：

機構類別：☐醫療機構 ☐心理治療所 ☐心理諮商所

匯款帳號：

年度/月份： 年 月 日至 年 月 日 金融機構(含分行)：

序號	姓名	身分證字號	出生年月日 (西元年)	使用方案 諮商次數	諮商完成日期 (西元年)	醫事人員別(醫師、臨床 心理師、諮商心理師)	心理諮商服務人 員姓名
1							
2							
3							
總服務人次：					總申報金額(元)：		
製表人/製表日期：					機構負責人：		

備註：本文件如 2 頁(含)以上，請加蓋騎縫章或於每頁加蓋機構章

負責人章

印信或關防

附件十一

財團法人職業災害預防及重建中心

115 年度心理諮商服務方案服務明細

姓名：

身分證字號：

提供心理諮商合作機構名稱：

項次	服務階段	服務次數	日期 年/月/日	起訖時間 範例 14:00~14:40	心理諮商服務 提供人員姓名	個案簽名
1						
2						
3						
4						
5						
6						

備註：文件若有塗改，需由相關當事人在修改處簽名或蓋章確認

附件十二

財團法人職業災害預防及重建中心
115 年度心理諮商服務方案服務收據

OO 心理 OO 所/OO 醫院(診所) 收據

茲領到財團法人職業災害預防及重建中心(統一編號 91602332)下列款項：

款項類別		心理諮商服務費						
金 額		大 寫	新 臺 幣	萬	仟	佰	拾	元 整
		代扣稅款(超過 20,001 元，代扣 10%)						
		小 寫						
領款 單位 基本 資料	統一編號							
	聯絡電話							
	郵寄地址 (寄送扣繳憑單用)		□□□-□□					

以上如有虛報或浮報等情事，願負一切法律責任，除應追繳該部分補助經費外，如有涉及刑事責任者，依法移送偵辦

領款單位： (蓋印)

負責人： (蓋印)

中 華 民 國 年 月 日

財團法人職業災害預防及重建中心

115 年度勞工心理諮商服務方案心理評估服務明細表

服務醫師：

匯款帳號：

金融機構(含分行)：

申請年度/月份： 年 月 日至 年 月 日

序號	姓名	身分證字號	出生年月日(西元年)	評估日期(西元年)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
總服務人數：			總申報金額(元)：	
製表人/製表日期：				

備註：本文件如 2 頁(含)以上，請加蓋騎縫章或於每頁加蓋個人章

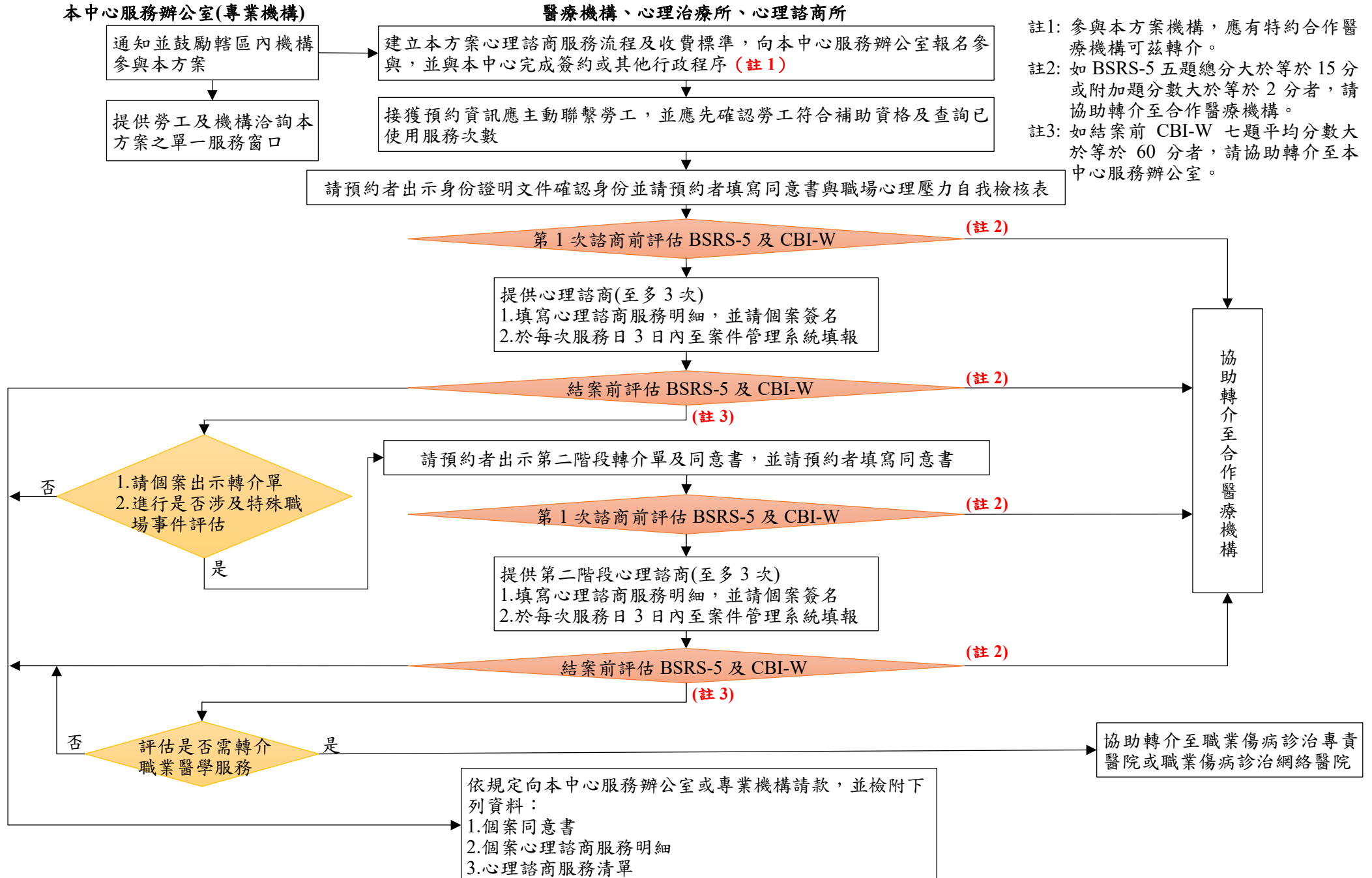
115 年度勞工心理諮商服務方案心理諮商評估服務個人領據

具領人					支領事由	心理諮商服務評估服務			
支領項目	按件計酬，每件 500 元，共_____件								
應領金額	\$								
應領金額(大寫)	新台幣						零		元整
扣除依法扣繳之保費	代扣勞保					代扣健保			
	代扣勞退					依各項投保級距代扣自付保費			
扣除依法扣繳之稅款(未達起扣點免扣繳)	5%	NT\$				0	實收淨額	0	
兼職所得稅率									
扣二代補充建保費(未達起扣點免扣繳)	稅率 2.11%	NT\$				0			
身分證號					服務單位				
戶籍(通訊地址)									
匯款資訊	戶名						提醒書寫匯款及所得人基本資料時，字體及數字請清晰與正楷書寫，避免匯款及所得申報異常。(初次匯款可提供存摺影本，以利建檔及匯款作業)		
	匯款帳戶								
	匯款帳號								
在台居住未滿 183 天之居住者(或外籍人士)	外僑居留證號					護照號碼			
	華(外)僑稅籍編號	出生年(四位)		月(二位)	日(二位)	護照英文姓名欄前兩個字母		國籍	
		例：1968 年 6 月 6 日出生，記為 1968060							
備註	1. 在台居住未滿 183 天之居住者(或外籍人士)之薪資所得請附護照正面及居留證正反面影本，之兼職所得金額 34,650 元以內，代扣稅額 6%，超過者代扣 18%稅款；執行業務或其他所得，代扣 20%稅款。 2. 在台居住滿 183 天之居住者之兼職所得金額達 88,501 元，代扣稅額 5%；執行業務所得、競技						領款人簽章：		
							日期：		

	競賽及機會中獎、租賃所得及商標權等專利金額達 20,001 元，代扣稅額 10%。兼職所得金額達 28,590 元，代扣 2 代補充健保 2.11%，若當月已於公司投保健保則應扣健保費。 3. 請詳實填寫以利扣繳申報作業及稅捐單位查詢，如有偽造情事其法律責任由經手人自負。 4. 財團法人職業災害預防及重建中心向您蒐集之個人資料，僅限於匯款、稅務、會計與相關服務目的使用，並遵守「個人資料保護法」之規定妥善保護您的個人資訊。您依法可主張如下事項：查詢、閱覽、複製、補充、更正、處理、利用及刪除。	
財團法人職業災害預防及重建中心 經辦人：		

備註：本文件如 2 頁(含)以上，請加蓋騎縫章或於每頁加蓋個人章

115 年度心理諮商服務方案行政流程圖



115 年度心理諮商服務方案流程圖_勞工版

