**ooo社區照顧關懷據點並設置巷弄長照站-專業服務費用印領清冊 (社會工作人員年資晉階考核)**

**附件2**

|  |
| --- |
| **員工姓名：　　　 身分證：　　　　　　　　　　戶籍地址：** |
| **月份** | **薪資****(元)** | **病事假扣薪(元)** | **應領金額(元)** | **自籌金額(元)** | **補助金額(元)** | **代扣勞工自付勞健保、所得稅等(元)** | **實領淨額****(元)** | **員工****簽名或蓋章** | **備註** |
|
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **年終獎金** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合計** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 受補助單位考核自評：□次年度予以晉階□次年度不予晉階，說明： |
|  承辦人 單位主管  |

備註：

1. 請檢附學經歷及相關證照影本乙份。
2. 如以劃撥入帳撥付者，得檢附轉帳金融機構等之簽收或證明文件，免請受款人簽章。
3. 年終獎金計算方式，例如：服務起訖日為110.03.15-110.12.31，可領取10/12\*1.5。
4. 年資之採認，以符合年終(度)考核，且通過考核為原則，並以會計年度為採計基準，畸零月數不予併計。