

鼓勵殘疾金受益人就業計劃申報表
(2020 年修訂版)

由社會保障基金填寫 **DP7**

致：社會保障基金

姓名：_____，澳門居民身份證編號：_____
(須附同身份證影印本)

本人聲明：

自 _____ 年 _____ 月 _____ 日起在 (公司名稱) _____，
位於(公司地址) _____ 工作。

在(公司名稱) _____ 最後工作至 _____ 年 _____ 月 _____ 日。

已在(公司名稱) _____ 工作超過 90 日。

聲 明

本人謹向社會保障基金申報嘗試投入勞動市場，並且明白須履行試工期間的權利與義務，同時本人知悉：

1. 每次試工期限為 90 日，以 12 個月為 1 期，每期試工最多兩次。另外，倘為兩個不同僱主工作，將視為兩次試工；倘屬同一僱主，即使工作的日子不具連續性（如散工），試工期限仍是以試工開始之日起連續計算。
2. 每次試工須獨立申報，分別最遲於試工開始後的 30 日內，以及於試工終止或每次最長試工期限（90 日）終止後的 30 日內，皆須向社會保障基金作出申報。
3. 如超過試工期限（包括每次最長試工期限－90 日，或每期試工次數上限－兩次）後仍有工作或沒有如期申報已終止工作，殘疾金將被終止發放及須償還所有不適當收取的款項。

本人同意以流動短訊(SMS)接收社會保障基金發出有關本人殘疾金之訊息。

本人為 _____ (機構/社團名稱)的會員，並同意將是次參與就業計劃資料轉交上述機構/社團，以便提供相關的就業支援服務。

本人同意將是次參與就業計劃資料轉交勞工事務局及社會工作局，以便提供相關的就業支援服務。

聯絡人資料

姓名：_____ 關係：_____ 電話：_____

申報人簽名 (須與身份證一致)
澳門 _____ 年 _____ 月 _____ 日