

大臺中網路購物服務人員職業工會				照片浮貼	
入會申請書(V114-01-1/2)		編號：_____			
* 申請人姓名		* 身分證字號			
* 生日(民國年)		* LINE ID			
* 聯絡手機		聯絡市話			
E-mail					
* 通訊地址					
* 緊急聯絡人		* 關係		* 聯絡手機	
相 關 眷 屬 資 料 ※請附『戶口名簿或戶籍謄本』影本，並“註記”欲加保者。					
投保人關係	姓 名		身 分 證 字 號	生 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
				年 月 日	
請貼上 身分證正面 影本			請貼上 身分證反面 影本		
入會切結書：請立書人仔細閱讀並簽名					
<p>一、 本人確實係從事網路購物相關服務之勞工，並因而獲得報酬，如有不實願負全責。</p> <p>二、 本人加入貴工會之勞健保，一切依勞健保局相關業務規定申請辦理，若有隱瞞身份，帶病投保或懷有身孕且未告知，一旦發生理賠糾紛，其一切損失皆由本人自行負責。</p> <p>三、 本人知悉並認同貴工會宗旨，遵守工會章程規定並按時繳納勞、健保費及工會會費，若本人因故要辦理停（退）保退會時需主動向工會提出申請，若因個人因素無故不繳納積欠工會保費，未主動通知或因變更通訊資料致使工會無法取得聯繫而造成保費欠繳等情況，工會將依規定提報個人欠費資料給勞/健保局，若連續因此達二個月情況則工會將於第三個月辦理退保作業，並列報會員大會解除其會員資格，依規定個人仍需負擔保險費、滯納金及會費，且工會仍將依規定代為追討各項欠繳費用，若期間因此致使發生勞/健保局延誤或拒付各項保險給付時則一切後果自付，本人絕無異議。</p> <p>四、 本人同意工會入會規定及依工作事實說明填寫入會審查問卷事項，若有違反或不實之情事，同意工會因本人違反入會規定致情況確定之日起解除本人會員身份及其一切會員權利且不退還入會及常年費用。</p> <p>五、 本人願添加工會LINE官方客服帳號：@tcegonet 作為未來訊息聯絡主要管道及依據。</p> <p>六、 本人同意貴工會完善會務服務需要，得蒐集、利用電腦處理及網路傳遞本人相關資料。</p>					
此致 大臺中網路購物服務人員職業工會					
* 立書人簽名蓋章：					
中 華 民 國 年 月 日					
<p><input type="checkbox"/> 台中市南 區服務處地址：台中市南區工學一街167巷16號 電話: 04-22658384 傳真：04-22635091</p> <p><input type="checkbox"/> 台中市北屯區服務處地址：台中市北屯區大連北街46巷6號 電話: 04-22993997 傳真：04-22993997</p>					

人員入會審查（工作及現況）問卷調查表 (V114-01-2/2)

工作渠道 (可複選)	<input type="checkbox"/> FB/IG <input type="checkbox"/> LINE <input type="checkbox"/> SHOPEE <input type="checkbox"/> YAHOO <input type="checkbox"/> 露天 <input type="checkbox"/> MOMO <input type="checkbox"/> 自營站 <input type="checkbox"/> 其他：				
賣場網址	<div style="text-align: right;">(注：請分享賣場網址給Line官方客服進行審核)</div>				
是否為 網站負責人	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	網路賣 場名稱			
商品類別 (可複選)	<input type="checkbox"/> 居家生活 <input type="checkbox"/> 家電家具 <input type="checkbox"/> 戶外用品 <input type="checkbox"/> 食品飲料 <input type="checkbox"/> 服裝服飾 <input type="checkbox"/> 汽機車用品 <input type="checkbox"/> 醫療保健 <input type="checkbox"/> 專業材料 <input type="checkbox"/> 手機周邊 <input type="checkbox"/> 電腦周邊 <input type="checkbox"/> 其他				
是否成立 事業單位	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	公司 名稱			統 編
是否為 單位負責人	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	近半年平均收入 (或營業額)	約	元/月	現況工作 從事時間
工作報酬取得方式： <input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> 轉帳 <input type="checkbox"/> 賣場平台請款					
工作內容	<input type="checkbox"/> 商品管理 <input type="checkbox"/> 打包物流 <input type="checkbox"/> 客服作業 <input type="checkbox"/> 企劃小編 <input type="checkbox"/> 助理作業 <input type="checkbox"/> 運營銷售 <input type="checkbox"/> 賣場維護 <input type="checkbox"/> 網站維護 <input type="checkbox"/> 賣場管理 <input type="checkbox"/> 倉儲管理 <input type="checkbox"/> 財會金流 <input type="checkbox"/> 代購買者 <input type="checkbox"/> 團購團主 <input type="checkbox"/> 團購助理 <input type="checkbox"/> 直播人員 <input type="checkbox"/> 直播助理 <input type="checkbox"/> 直播管理 <input type="checkbox"/> 其他				
入會原因	<input type="checkbox"/> 個人意願 <input type="checkbox"/> 朋友推薦 <input type="checkbox"/> 僱主介紹 推薦人：				
》勞保投保現況： <input type="checkbox"/> 公司行號 <input type="checkbox"/> 其他工會 <input type="checkbox"/> 國民年金 <input type="checkbox"/> 無(中斷時間： 年 月)					
》前一工作內容是否與電商相關： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否； 工作內容：					
》健保投保現況： <input type="checkbox"/> 公司行號 <input type="checkbox"/> 眷屬身份 <input type="checkbox"/> 各地公所(或健保局)					
》目前有無補助： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 中低收入 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 其他)					
》工作是否有長期(半年以上)出差的需求： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(勞保有離境單次超180天自動退保規定)					
》近期(三個月內)是否有出國出差的計劃： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
》近期(三個月內)有無懷孕或備孕情況： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(懷孕幾週： 週)					
生育給付請領規則：1. 被保險人參加保險滿280日後分娩者。2. 被保險人參加保險滿181日後早產者。 3. 被保險人需在保險有效期間懷孕，且符合1或2規定之參加保險日數，於保險效力停止後一年內因同一懷孕事故而分娩或早產者。					
》近期(三個月內)有無勞保給付申請需求：： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有；原因：					
》有無調高投保級距的需求： <input type="checkbox"/> 無：工會最低投保級距 <input type="checkbox"/> 有：希望_____元級距 註：會員入會一年以上可申請上調最高2級距，再高者需備妥以下資料供勞保局備查。					
*自營工作者： 1.賣場資料。 2.營業執照影本(及負責人身份證影本)資料。 3.營業收益資料(6個月)：稅務憑証或公司帳戶影本。 4.平台請款証明(6個月)。 5.進/出貨憑單或証明。			*從業勞工者： 1.賣場資料。 2.兩家以上不同僱主之証明。 3.收入証明(6個月)：扣憑、薪資單或帳戶影本。 4.平台請款証明(6個月)。		
工會團保	1. 意外保障：100萬，特定公共意外：最高500萬 2. 單次意外門診醫療費：累計最多10,000元 3. 單次意外傷害住院給付1000元/天：累計最多90天		每月保費：100元/月(可按月隨時加退) <input type="checkbox"/> 不需要 <input type="checkbox"/> 需要(目前限會員本人)		
問卷填寫人： 填寫日期： 年 月 日					
會籍編號	理事會	資料鍵錄	加保金額	受理日期	
理事會審核結果： <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 原因：					