

## 【同步聽打服務申請須知】

★此申請須知需詳讀，不用回傳，感謝您

### 一、服務對象：

**個人：**領有身心障礙證明(手冊)，障礙類別屬聽障、語障或合併聽語障之多重障礙者，設籍外縣市者亦可申請於本市轄內提供服務。

**機關或單位：**本市之醫療院所、公私立學校、非營利組織及各級政府機管等。

### 二、不得指定同步聽打員。

**三、服務項目：**研習、就醫、會議、演講、室內活動及各級公共服務等靜態場所等。

**四、請於服務時間 5 天前提出申請，並檢附相關資料【如：就醫掛號單號、活動、會議、課程相關資料、開會通知單(含會議流程)、活動簡章(含流程)】，並詳述申請事由且預估服務時間俾利審核及派遣。**

**五、申請同步聽打員後，請準時出席，若臨時取消或變更服務時間，應於 1 天前提出。若遲到逾 30 分鐘以上，聽打服務將自動取消。**

**六、服務當天，聽障者未出席或欲取消，但未及時告知聽打窗口，缺席之聽障者記點一次並通知提醒，年度計點達三次者，由第三次記點日起停權一次。**

**七、聽打員非筆記抄寫或會議記錄人員，僅服務於現場，如有不當申請及使用服務之情形，經查證屬實，將不再提供申請聽打服務。**

**八、請於服務結束後填寫意見回饋表並於三日內回傳至本中心，以作為聽打服務成效之參考依據。**

**九、為了解同步聽打服務員執行情形，本會人員將不定期至申請服務案現場進行訪視。**

**十、申請者(單位)請詳細評估所需服務時間，若因現場突發狀況需延長服務時間時，請洽本會承辦人員協商，切勿自行要求聽打員留駐，以免影響其個人行程及本會作業。**

**十一、同一申請案原則上指派一位聽打服務員提供服務，如同一活動(會議)場合已有主辦單位申請手語翻譯員及聽打員服務，將不重複派員。**

**十二、聽打服務員非筆記抄寫或會議記錄人員，服務現場恕不提供檔案，請於會後與服務窗口詢問。**

**十三、若您對本服務有任何意見欲申訴，可至本會網站下載申訴表格，或親臨本會提出。**

**十四、若有任何疑義或表格填寫困難，請於週二~週六 9:00~17:00 間洽詢：**

電話：06-3123196

傳真：06-3123197

電子郵件：voiced@voiced.org.tw

# 臺南市聽語障者同步聽打服務 申請表

## 一、申請者(單位)相關資料

申請人 / 單位	申請人姓名 / 申請單位名稱			申請日期	民國    年    月    日
	聯絡方式	電話：	聯絡人	姓    名	<input type="checkbox"/> 同申請人
		手機：			<input type="checkbox"/> 單位聯絡人：
		傳真：		<input type="checkbox"/> 委託人：	
		Line：		聯絡方式	<input type="checkbox"/> 電話：
E-mail：	<input type="checkbox"/> 手機：				
				<input type="checkbox"/> 傳真：	

## 二、申請服務內容

服務日期	民國    年    月    日	服務時間	自    時    分	至    時    分
服務人數	全部(聽障者+聽人): 共計    人, 聽障者: 共計    人			
辦理活動單位		活動名稱		
服務地點(地址)				
服務事由	<input type="checkbox"/> 醫療服務, 如: 門診、檢查等, 不包括民俗療法。 <input type="checkbox"/> 教育服務, 如: 親師座談會、家長會、IEP 等。 <input type="checkbox"/> 活動服務, 如: 演講、講座、研習等。 <input type="checkbox"/> 會議服務, 如: 重大政策會議、公聽會、法規修訂會議、一般會議等。 <input type="checkbox"/> 洽公服務, 如: 公務機關洽辦事務或陳情、申訴等。 <input type="checkbox"/> 福利服務, 如: 社工員訪視、輔導案件、ICF 需求評估及心理諮商輔導等。 <input type="checkbox"/> 就業服務, 如: 求職面談、職場輔導、勞資爭議等。 <input type="checkbox"/> 其他 _____ ※若涉及私人商業利益之申請, 需自行負擔費用。			
提供設備(申請方)	<input type="checkbox"/> 電腦( <input type="checkbox"/> 桌上型 <input type="checkbox"/> 筆記型) <input type="checkbox"/> 投影機(含投影幕) <input type="checkbox"/> 電腦螢幕 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
附件資料	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊(證明)正反面影本(個人申請) <input type="checkbox"/> 單位戳印(單位申請) <input type="checkbox"/> 活動、會議、課程相關資料 <input type="checkbox"/> 開會通知單(含會議流程) <input type="checkbox"/> 活動簡章(含流程) <input type="checkbox"/> 其他: _____			
身心障礙證明影本正反面浮貼處		<b>注意事項</b>		
請蓋單位戳印		★本申請表所蒐集之個人資訊, 僅作為同步聽打服務使用, 並遵守個人資料保護法相關規定。 ★本人已詳讀【同步聽打服務申請須知】, 且保證本申請表所填寫內容以及檢附各項文件均屬實。 申請人簽章: _____		
➤ 審核結果(由派遣窗口填寫, 申請者請勿填寫)				
<input type="checkbox"/> 本案擬由同步聽打員 _____ 前往支援。			派案日期:	
<input type="checkbox"/> 本案不符規定, 故不予派案。說明 _____			承辦人員:	
			業務主管:	

若有任何疑義或表格填寫困難, 請於週二~週六 9:00~17:00 間洽詢本單位。