

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		聯絡人	申請日期	民國 年 月 日		
	聯絡方式	電話：		姓 名	☐ 同申請人 ☐ 單位聯絡人： ☐ 委託人：		
		手機：			聯絡方式	☐ 電話： ☐ 手機： ☐ 傳真：	
		傳真：					
		Line：					
		E-mail：					

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	☐ 醫療服務，如：門診、檢查等，不包括民俗療法。 ☐ 教育服務，如：親師座談會、家長會、IEP 等。 ☐ 活動服務，如：演講、講座、研習等。 ☐ 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。 ☐ 洽公服務，如：公務機關洽辦事務或陳情、申訴等。 ☐ 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。 ☐ 就業服務，如：求職面談、職場輔導、勞資爭議等。 ☐ 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)	☐ 電腦(☐ 桌上型 ☐ 筆記型) ☐ 投影機(含投影幕) ☐ 電腦螢幕 ☐ 其他 _____		
附件資料	☐ 身心障礙手冊(證明)正反面影本(個人申請) ☐ 單位戳印(單位申請) ☐ 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) ☐ 其他: _____		
身心障礙手冊(證明)影本正反面浮貼處 請蓋單位 戳 印		注意事項 ★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） ☐ 本案擬由同步聽打員 _____ 前往支援。 ☐ 本案不符規定，故不予派案。說明 _____			
		派案日期： 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。

【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：06-2002524

傳真：06-2006445

電子郵件：voiced@voiced.org.tw