

臺南市政府勞工局辦理手語翻譯暨聽打服務申請表

案 號：

申請日期：112年 月 日

*申請人相關資料

個 人 申 請	申請者姓名		單 位 申 請	單位全名	台南市政府勞工局
	身分證號碼			聯絡人	
	戶籍地			聯絡方式	<input type="checkbox"/> 手機：
	聯絡方式	<input type="checkbox"/> 簡訊： <input type="checkbox"/> 傳真：			<input type="checkbox"/> 電話： <input type="checkbox"/> 傳真： <input type="checkbox"/> 其他：

*申請服務內容

服務時間	自民國 112 年 月 日 時 分至民國 112 年 月 日 時 分				
詳細服務地點及地址					
服務人數	聽語障者共__人	手語習慣	<input type="checkbox"/> 自然手語	<input type="checkbox"/> 中文式手語	
			<input type="checkbox"/> 口語+手語	<input type="checkbox"/> 其他_____	
申請事由	<input type="checkbox"/> 勞工局所舉辦之重大政策會議。 <input type="checkbox"/> 勞工局所受理之勞資爭議。 <input type="checkbox"/> 職場輔導(職前訓練、公司會議)。 <input type="checkbox"/> 公務機關或民間團體所辦對外公開不收費之活動及會議。 <input type="checkbox"/> 涉及技術操作及測驗等較複雜或公務機關之人事徵選面試。 <input type="checkbox"/> 私人雇主或其上級主管機關主辦之在職訓練、教育訓練及研討會。 <input type="checkbox"/> 公務機關主〈委〉辦之職訓課程。 <input type="checkbox"/> 一般活動(晚會)舞台翻譯。 <input type="checkbox"/> 簡易面談之工作徵選面試。 <input type="checkbox"/> 一般簡易臨櫃諮詢服務。 <input type="checkbox"/> 一般廣場型、攤位服務型之活動。				
檢附文件	<input type="checkbox"/> 個人申請：應檢附身心障礙證明影印本 <input type="checkbox"/> 單位申請：應檢附聽障者名冊以及單位立案證書影本 <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：			<input type="checkbox"/> 申請表 <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正、反面影本 <input type="checkbox"/> 會議或活動相關流程、交通資訊 <input type="checkbox"/> 其他相關表件等資料	
本人已詳讀並保證本申請表所填寫內容以及檢附各項文件均屬實，並同意「不得指定手語翻譯員」；本人保證所填「接受服務之聽語障者」將準時出席，若臨時取消或變更服務亦盡早提出，如有違反上述事項，願負一切責任。					
立書人：(簽名或蓋章，單位申請需加蓋機構章)					

*單位審核

<input type="checkbox"/> 本案為 <input type="checkbox"/> 一類案件 <input type="checkbox"/> 二類案件 <input type="checkbox"/> 三類案件 擬由手語翻譯員_____前往支援。	<input type="checkbox"/> 本案不符本府規定，故不予派案。 原因：
備 註	

臺南市政府勞工局(就業促進科) 電話：06-6322231 轉 6289，傳真：06-6320832，
E-Mail：lingyaya79@mail.tainan.gov.tw

臺南市政府勞工局辦理手語翻譯服務紀錄表

請將各次服務情形在 2 天內完成並回傳 FAX：06-6320832 或 E-Mail：lingyaya79@mail.tainan.gov.tw

申請單位 (人)		聯絡電話		聯絡傳真	
聽障者 姓名			服務人數	聽障人數：男___人、女___人 全部人數： 人	
實際服務 時間	自民國 年 月 日 (星期) 時 至民國 年 月 日 (星期) 時		實際服務 時數	共 小時	
服務事由					
服務地點					
服務 相關 事項 紀錄	狀況 紀錄	*聽障者所使用的手語是： <input type="checkbox"/> 自然手語 <input type="checkbox"/> 中文文法手語 <input type="checkbox"/> 手語+口語 <input type="checkbox"/> 讀唇 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 其他____ *出席情形： (1) 聽障者： <input type="checkbox"/> 準時、 <input type="checkbox"/> 遲到___分鐘、 <input type="checkbox"/> 早退___分鐘 (2) 翻譯員本身： <input type="checkbox"/> 準時、 <input type="checkbox"/> 遲到___分鐘、 <input type="checkbox"/> 早退___分鐘			
	建議 事項 紀錄	◎針對本翻譯案服務內容簡述： (不足者請自行加空白頁填寫) ◎其他建議事項或提醒下次翻譯(或延續性翻譯案)需注意的事項： ◎給予本府之建議事項：			
申請單位 (人) 簽章			備註	本次服務申請單位是否給付費用 <input type="checkbox"/> 是，金額_____元 <input type="checkbox"/> 否	
手語翻譯員 簽章			繳回日期	年 月 日 (本欄由本府填寫)	

臺南市政府勞工局辦理手語翻譯服務 意見回饋表

案號：

敬啟者：

您好!很高興有機會能為您提供手語翻譯服務，為了提升服務品質，請您花幾分鐘的時間填寫以下的「服務滿意度調查表」並於翻譯服務結束後 24 小時內回傳本局，感謝您提供寶貴意見，若有其他問題也歡迎與我們連絡。

***基本資料：**(以下資料僅作為將來相關福利措施、訊息通知使用)

申請者 (單位)		聯絡方式	
		E-mail	

***本次服務相關資料：**

本次接受手語翻譯服務的時間： 年 月 日
從何處獲得手語翻譯服務訊息： <input type="checkbox"/> 政府機關_____ <input type="checkbox"/> 聽障團體_____ <input type="checkbox"/> 親友告知 <input type="checkbox"/> 網路_____ (請註明網站名稱) <input type="checkbox"/> 其他_____
請問這次提供服務的手語翻譯員名字是：
續上題，是否曾接受過同位手語翻譯員的服務： <input type="checkbox"/> 是，第_____次 <input type="checkbox"/> 否
是否有加入聽障者協會或團體？ <input type="checkbox"/> 有，團體名稱_____ <input type="checkbox"/> 沒有

***意見回饋表：**

回饋度	非常 同意	部分 同意	沒 意見	不 同意	非常 不同意
回饋項目					
手語翻譯員對我的態度很好。	<input type="checkbox"/>				
手語翻譯員準時到場。	<input type="checkbox"/>				
手語翻譯員的手語表達容易了解。	<input type="checkbox"/>				
手語翻譯員都能了解我的意思。	<input type="checkbox"/>				
手語翻譯員表達手語的位置很合適。	<input type="checkbox"/>				
當有需要時我很樂意再次申請。	<input type="checkbox"/>				

其他意見：(請接受手語翻譯服務之聽障者填寫)