

### 關於同步聽打服務：

聽障者溝通接收訊息管道多元，包含口語、手語及文字(視覺)，對於不會手語的聽障者而言，同步聽打是一項直接輔助訊息接收的服務，同步聽打員透過筆記型電腦等設備，以打字的方式同步將環境中的語音訊息轉換為文字／符號呈現在螢幕上，文字內容並非逐字稿，而是記錄現場的「每一件事」，營造聽障者公平、尊嚴的無障礙環境，並促進社會參與。

### 服務對象：

1. 領有身心障礙證明，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。
2. 本市之醫療院所、公私立學校、非營利組織及各級政府機關等。

### 服務項目：

1. 費用免費，以公務事項及涉及公務單位業務為優先。
2. 非營利機關、團體辦理之各項服務、活動、研習或會議。
3. 醫療、教育、洽公、福利、就業及各級公共服務等靜態場所等
4. 若涉及私人商業利益可自費申請。

服務區域：臺南市

### 服務流程：

1. 5天前提出申請書並檢附相關資料
2. 傳真 E-MAIL 親給
3. 本單位確認資格並回覆
4. 指派聽打員前往服務地點
5. 申請者填寫服務回饋表繳回本單位

### 注意事項：

1. 服務項目內容有變動，申請人／單位須提前告知，由本單位處理。
2. 聽打員非筆記抄寫或會議記錄人員，僅服務於現場，請勿不當使用。
3. 服務後若有申訴需求，請至本單位官網下載申訴表。

# 臺南市聽語障者同步聽打服務



電話：06-2002524 傳真：06-2006445

會址：台南市北區東豐路491號6樓之6

E-MAIL：voiced@voiced.org.tw

網址：http://www.voiced.tw/



臺南市政府社會局主辦

社團法人台南市聲暉協進會承辦



# 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/<br>申請單位名稱 | 聯絡人 | 申請日期 | 民國 年 月 日                                                                                          |
|         | 聯絡方式             |     | 姓名   | <input type="checkbox"/> 同申請人<br><input type="checkbox"/> 單位聯絡人:<br><input type="checkbox"/> 委託人: |
|         |                  |     | 電話:  | <input type="checkbox"/> 電話:<br><input type="checkbox"/> 手機:<br><input type="checkbox"/> 傳真:      |
|         |                  |     | 手機:  |                                                                                                   |
|         |                  |     | 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      | <input type="checkbox"/> 醫療服務, 如: 門診、檢查等, 不包括民俗療法。<br><input type="checkbox"/> 教育服務, 如: 親師座談會、家長會、IEP 等。<br><input type="checkbox"/> 活動服務, 如: 演講、講座等。<br><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。<br><input type="checkbox"/> 洽公服務, 如: 公務機關洽辦事務或陳情、申訴等。<br><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。<br><input type="checkbox"/> 就業服務, 如: 求職面談、職場輔導、勞資爭議等。<br><input type="checkbox"/> 其他 _____ |      |             |
| 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<br><input type="checkbox"/> 其他 _____                                                                                                                                                                                                                                          |      |             |
| 附件資料      | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本(個人申請) <input type="checkbox"/> 單位戳印(單位申請)<br><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)<br><input type="checkbox"/> 活動簡章(含流程) <input type="checkbox"/> 其他 _____                                                                                                                                                                                                  |      |             |

身心障礙證明正反面影本浮貼處

請蓋單位  
戳 印

### 注意事項

★本申請表所蒐集之個人資料, 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:

電話: 06-2002524

傳真: 06-2006445

地址: 台南市北區東豐路491號6樓之6

若有任何疑義或表格填寫困難, 請於週二~週六9:00~17:30間洽詢本單位。