

澎湖縣政府手語翻譯暨同步聽打服務 申請表

申請人或申請單位相關資料				申請日期		年 月 日			
個人申請	申請者姓名				單位申請	單位全名			
	聯絡方式		手機：			聯絡人			
			傳真：			聯絡方式		電話：	
			LINE：					手機：	
申請內容						申請項目		☐ 手語翻譯 ☐ 同步聽打	
服務日期		_____年 _____月 _____日(星期_____)				服務時間		自 _____時 _____分至 _____時 _____分，共 _____時	
服務事由		☐ 醫療(看病、檢查)：_____ ☐ 警政(筆錄、法院)：_____ ☐ 親職(親師、家訪)：_____ ☐ 就業(面談、職前、在職訓練)：_____ ☐ 社會教育(民間團體舉辦對外公開不收費之活動、研習)：_____ ☐ 公務(洽公)：_____ ☐ 其他：_____ *本服務不提供私人商業利益之申請及公司自辦活動。							
服務地點						聽障者姓名			
詳細地址						聽障者年紀			
主要溝通方式						☐ 自然手語 ☐ 中文手語 ☐ 口語+手語 ☐ 口語/讀唇 ☐ 筆談/文字 ☐ 其他			
聽障人數		人		現場人數		人		同步聽打服務空間設備	
檢附資料		☐ 個人申請應附身心障礙手冊(證明)影本 ☐ 單位申請應加蓋單位戳章 ☐ 其他：_____				(若須投影，請務必確認現場光線、建物，以免影響投影效果。) 1. <u>3位聽障者</u> (含)以上活動，場地需自備 (1)投影機 ☐ 可移動式 ☐ 固定式 (2)投影區 ☐ 投影布幕 ☐ 液晶螢幕 ☐ 白板 ☐ 其他 (3)筆記型電腦 ☐ 場地自備 ☐ 請聽打員自備 2. <u>1~2位聽障者</u> 參與之活動，筆記型電腦 ☐ 場地自備 ☐ 請聽打員自備			
身心障礙手冊(證明)浮貼處或 單位戳章加蓋處									
注意事項		1. 已詳讀申請須知，且保證本申請表所填寫內容以及檢附各項資料屬實。 2. 申請案件若臨時有變化，需取消或變更服務時間，請至遲於原申請服務時間前1天(不含例假日)提出，違規累計達三次以上，則不受理申請一至三個月(本中心視情況調整)。 3. 請詳細評估服務所需時間，若需 <u>延長時間</u> ，請洽本中心承辦人員，且不得指定翻譯員(聽打員)。 申請人簽章：_____							

★此粗框內由手語翻譯窗口填寫，申請者請勿填寫

- ◎案件編號：

◎派案日期： 年 月 日
1. 審核結果：☐符合申請派遣標準
☐不符合申請派遣標準，轉介其他資源。說明：_____
 2. 服務類別：☐手語翻譯 (☐甲 ☐乙 ☐丙)、☐同步聽打，服務時數：_____時。
 3. 派遣人數：_____人，由_____前往提供服務。

◎承辦人員：

◎督導：

◎主管：

【備註：申請單請傳真至本中心，傳真後務必來電或簡訊確認，謝謝！】

申訴管道：澎湖縣身心障礙者生涯轉銜暨個案管理中心

電話：06-9270901

傳真：06-9270921