

# 社團法人台南市聲暉協進會 函

會址：70457 臺南市北區東豐路 491 號 6 樓之 6

電話：06-2002524

傳真：06-2006445

連絡人：余孟芸

電子信箱：voiced@voiced.org.tw

## 受文者：如行文單位

發文日期：中華民國 109 年 2 月 12 日

發文字號：109 南聲協字第 020 號

速別：

密等及解密條件：

附件：

主旨：檢送本會 109 年度手語翻譯服務申請表及同步聽打服務申請表各乙份，請惠予轉知所屬並協助宣傳周知，請查照。

說明：

- 一、本會承接臺南市政府社會局委託辦理「109 年度聽語障者手語翻譯及同步聽打服務」，如聽語障民眾有服務需求時，歡迎提出申請，符合服務項目者原則上免費，惟申請單位若已編有預算及給付標準者，應自行給付服務費用。
- 二、相關服務資訊及申請表可逕至社會局網站 (<http://sab.tainan.gov.tw/>) 或本會網站 (<https://www.voiced.org.tw/>) 查詢及下載。
- 三、另每週三下午 14:00-17:00、週五上午 9:00 至 12:00 提供 LINE 手語視訊 (ID:voiced) 暨現場諮詢服務，請多善加利用。
- 四、若有任何疑義請洽詢：電話 06-2002524、手機 0972-891553、電子郵件 [voiced@voiced.org.tw](mailto:voiced@voiced.org.tw)。

正本：臺南市仁德國民小學、臺南市文賢國民小學、臺南市長興國民小學、臺南市依仁國民小學、臺南市大甲國民小學、臺南市仁和國民小學、臺南市德南國民小學、臺南市虎山實驗小學、臺南市歸仁國民小學、臺南市歸南國民小學、臺南市保西國民小學、臺南市大潭國民小學、臺南市關廟國民小學、臺南市五甲國民小學、臺南市保東國民小學、臺南市崇和國民小學、臺南市文和實驗小學、臺南市深坑國民小學、臺南市新光國民小學、臺南市龍崎國民小學、臺南市永康國民小學、臺南市大灣國民小學、臺南市三村國民小學、臺南市西勢國民小學、臺南市永康復興國民小學、臺南市龍潭國民小學、臺南市大橋國民小學、臺南市新化國民小學、臺南市那拔國民小學、臺南市口埠國民小學、臺南市大新國民小學、臺南市山上國民小學、臺南市玉井國民小學、臺南市層林國民小學、臺南市楠西國民小學、臺南市南化國民小學、臺南市北寮國民小學、臺南市西埔國民小學、臺南市玉山國民小學、臺南市瑞峰國民小學、臺南市左鎮國民小

# 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	<input type="checkbox"/> 同申請人 <input type="checkbox"/> 單位聯絡人： <input type="checkbox"/> 委託人：		
		手機：			聯絡方式	<input type="checkbox"/> 電話： <input type="checkbox"/> 手機： <input type="checkbox"/> 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	<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 _____		
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~週六9:00~17:00間洽詢本單位。

# 臺南市手語翻譯服務申請表

(此面可自行影印)

基本資料	申請人或申請單位	身分證字號	申請日期	年 月 日
	聯絡電話	傳真	手機	
	聯絡地址	電子郵件		
	聯絡人姓名	聯絡方式	電話： 手機：	
申請內容	服務日期	年 月 日 (星期 )，自 時 分至 時 分		
	服務地點 (地址)			
	現場聯絡人	現場聯絡方式	電話： 手機：	
	服務事由或性質	<input type="checkbox"/> 警政 <input type="checkbox"/> 司法 <input type="checkbox"/> 政見發表會 <input type="checkbox"/> 非涉刑責之筆錄案件 <input type="checkbox"/> 重大醫療 <input type="checkbox"/> 門診醫療 <input type="checkbox"/> 公務機關舉辦之活動(晚會)舞台翻譯 <input type="checkbox"/> 公務機關簡易臨櫃(含廣場型、攤位服務型) <input type="checkbox"/> 洽公事項-市政府各局室、戶政、地政、稅捐、衛生局所等 <input type="checkbox"/> 就學 <input type="checkbox"/> 職場輔導 <input type="checkbox"/> 就業服務 <input type="checkbox"/> 諮詢 <input type="checkbox"/> 其他_____		
	活動名稱			
	服務人數	現場來賓人數約： 人 受服務聽(語)障者： 人		
	手語習慣	<input type="checkbox"/> 台灣手語 <input type="checkbox"/> 中文手語 <input type="checkbox"/> 口語+手語 <input type="checkbox"/> 讀唇 <input type="checkbox"/> 其他_____		
備註	1.申請書正本請以郵寄方式至本會，或由當日服務之手譯員帶回。 2.本服務不接受指定手譯員，特殊需求需由本中心評估准允。 3.夜間服務僅限臨時緊急必要之事宜(指緊急醫療、警政偵訊、災害等)。 4.為確保個資安全，本資料僅提供手語翻譯業務使用。			
申請人身心障礙手冊證明正反面影本 或申請單位戳章		* 此粗框申請單位請勿填寫 由受理單位填寫		
		服務類別	<input type="checkbox"/> 甲類 <input type="checkbox"/> 乙類 <input type="checkbox"/> 丙類	
		派遣人員		
		理事長簽章欄		行政人員簽章欄
申請人簽章：		日期：	日期：	

主辦單位：臺南市政府社會局 承辦單位：社團法人台南市聲暉協進會

電話：06-2002524 傳真：06-2006445 24H專線：0972-891553 電子信箱：voiced@voiced.org.tw

Line(ID):voiced