臺南市政府所屬各機關學校

申請手語翻譯與同步聽打服務注意事項

# 凡符合申請範圍之案件，無需支付服務費用

# 手語翻譯

**服務對象**

1.設籍於台南市境內之聽覺功能或言語功能障礙者，並領有身心障礙手冊，依實際需求提供其參與公共事務所需之手語翻譯服務。

2. 台南市服務區內各級公務機關、學校、各公共交通運輸（站）場所、職業訓練、就業服務單位、司法機關、醫院、警政、獄政、戶政、民政、地政、新聞、體育等公共服務單位。

3. 台南市服務區內正式立案之社會福利團體、機構或一般事業單位（未涉及私人商業利益）。※若涉及私人商業利益之申請，需自行負擔費用。

4.擴及外縣市使用者服務Word 會自動檢查拼字和文法，並以紅色的波浪底線標示拼錯的文字。針對文法上的錯誤，Word 則會以藍色的雙底線標示。

**申請方式（超便利3選1）**

1.線上填單<https://www.voiced.org.tw/translation.html>

2.申請表傳真：06-2006445

3.LINE(ID：voiced)預約

**服務時間**

1. 星期一至星期五上午08：00-晚間10：00。

2. 例假日期間及夜間服務視人力及申請內容決定是否派遣支援。

# 同步聽打服務

**服務對象**

1. 領有身心障礙證明，障礙類別屬聽障、語障或合併聽語障肢多重障礙者，設籍外縣市者亦可申請於本市轄內提供服務。

2. 因業務需求與聽障者接洽之台南市政府所屬各機關、警政司法機關、各級學校醫療院所等公共服務機關(構)或依法登記之非營利組織、事業單位。

**申請方式（需於服務開始前5天前(含)檢附申請表及相關資料）**

1.傳真預約：06-2006445

2.郵件預約（[voiced@voiced.org.tw](mailto:voiced@voiced.org.tw)）

3.LINE(ID：voiced)預約

申請人/單位於服務結束後3個工作天內(含)填寫並繳回服務意見回饋表。

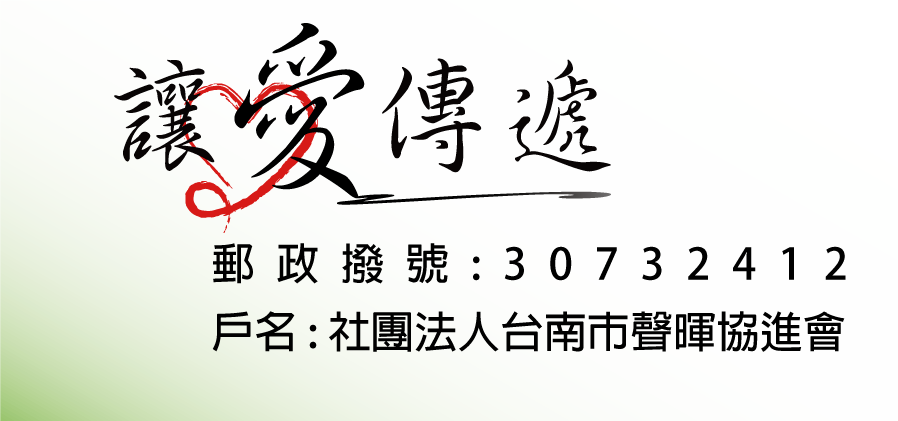
受理申請後，聲暉協進會即進行審核並依申請內容及實際需求，派遣適合之同步聽打員提供服務，同時將審核結果通知申請者，若申請人/單位自行連絡聽打員到場服務則不屬該單位派遣案。

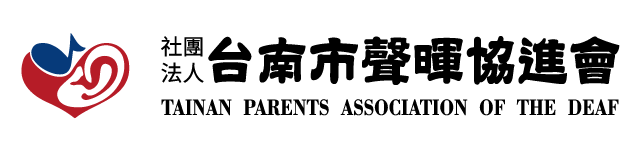
服務項目內容有變動，申請人/單位需提前告知，考量資源有限，若申請者未依規定辦理申請、取消、變更達三次(含)以上時，將對日後申請案酌予限制或拒絕申請。

**服務時間**

1. 星期一至星期五上午08:00至下午17:00。

2. 例假日期間及夜間服務視人力及申請內容決定是否派遣。



電話：(06)200-2524；0972-891553

地址：台南市北區東豐路491號6樓之6

網址：<https://www.voiced.org.tw/>

**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 | □警政□司法□政見發表會□非涉刑責之筆錄案件□重大醫療□門診醫療□公務機關舉辦之活動(晚會)舞台翻譯□公務機關簡易臨櫃(含廣場型、攤位服務型)□洽公事項-市政府各局室、戶政、地政、稅捐、衛生局所等□就學□職場輔導□就業服務□諮詢□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ※若涉及私人商業利益之申請，需自行負擔費用。 | | | | | | | | | | | | |
| **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** | □台灣手語□中文手語□口語+手語□讀唇 □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或證明正反面影本  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 | | □甲類 □乙類 □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](mailto:voiced@voiced.org.tw)

**Line(ID)：voiced**

**臺南市聽語障者同步聽打服務 申請表（108年度）**

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 |
| 姓 名 | □同申請人  □單位聯絡人：  □委託人： |
| 聯 絡 方 式 | 電話： |
| 手機： |
| 傳真： | 聯 絡 方 式 | □電話：  □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 | □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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| 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: | | | | | |
| **請蓋單位**  **戳印**  **身心障礙手冊(證明)影本正反面浮貼處** | | | **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)派案日期：** * 本案擬由同步聽打員\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_前往支援。**承辦人員：** * 本案不符規定，故不予派案。說明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**業務主管：** | | | | | | |

**【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~週六9:00~17:30間洽詢：  電話：06-2002524  傳真：06-2006445  電子郵件：voiced@voiced.org.tw |

**臺南市聽語障者同步聽打服務意見回饋表**

一、服務資料

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.服務時間 | 年月日 時 分～時分 | | |
| 2.使用者姓名/使用單位 |  | 使用者學歷 |  |
| 3.您從何得知本服務訊息？ | □公務機關 □學校 □網站 □親友、同事  □宣導品 □社福團體 □其他﹍﹍﹍﹍ | | |
| 4.您是否申請過本項服務？ | □首次申請 □申請過1～3次□申請過 4～6 次 □申請過 7 次以上 | | |

二、同步聽打服務意見回饋

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.聽打員姓名 |  | | | | | | |
| 2.聽打員到場服務時間 | □提早 □準時 □遲到約﹍﹍﹍﹍分 | | | | | | |
| 3.同步聽打服務內容 | (1)位置：□看聽打布幕沒有阻礙□看聽打布幕有阻礙(請註明 ) | | | | | | |
| (2)燈光：□過暗 □適中 □過亮 (如有調整可註明 ) | | | | | | |
| (3)錯別字：□無 □有，不影響閱讀 □過多 | | | | | | |
| (4)缺漏訊息：□無 □有，可接受 □過多 | | | | | | |
| (5)字幕：□過小 □適中 □過大 | | | | | | |
| * 以下題項，請依照您對本次服務的滿意度給予回饋意見，   以協助本會後續參考。 | | | 非常滿意 | 滿意 | 尚可 | 不滿意 | 非  常  不  滿  意 |
| 4.對於本次聽打員態度 | | |  |  |  |  |  |
| 5.對於本次聽打員聽打速度 | | |  |  |  |  |  |
| 6.對於本次聽打有助您瞭解現場狀況 | | |  |  |  |  |  |
| 7.對於本次行政人員說明服務流程 | | |  |  |  |  |  |
| 8.對於本次行政人員的服務態度 | | |  |  |  |  |  |
| 9.對於本次行政人員的派案效率 | | |  |  |  |  |  |
| 10.對於本次聽打服務的整體滿意度 | | |  |  |  |  |  |
| 11.下次有機會您還會申請同步聽打服務嗎 | | □會 □不會 | | | | | |
| 12.其他與服務有關的評語或建議： | | | | | | | |

* 請於服務後三天，將問卷以E-mail(voiced@voiced.org.tw)或傳真(06-2006445)的方式回傳至

台南市聲暉協進會