

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 110 年 2 月 2 日

發文字號：110 南聲協字第 009 號

速別：

密等及解密條件：

附件：

主旨：檢送本會 110 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「110 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、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) 及現場諮詢服務，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。

正本：臺南市政府秘書處、臺南市政府法制處、臺南市政府新聞及國際關係處、臺南市政府民族事務委員會、臺南市政府研究發展考核委員會、臺南市政府人事處、臺南市政府主計處、臺南市政府政風處、臺南市政府民政局、臺南市政府教育局、臺南市政府農業局、臺南市政府經濟發展局、臺南市政府觀光旅遊局、臺南市政府工務局、臺南市政府水利局、臺南市政府社會局、臺南市政府勞工局、臺南市政府地政局、臺南市政府都市發展局、臺南市政府文化局、臺南市政府交通局、臺南市政府衛生局、臺南市政府環境保護局、臺南市政府警察局、臺南市政府消防局、臺南市政府財政稅務局

理事長徐紫香

教育局 110/02/08



1100226202

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 或 統一編號	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：			

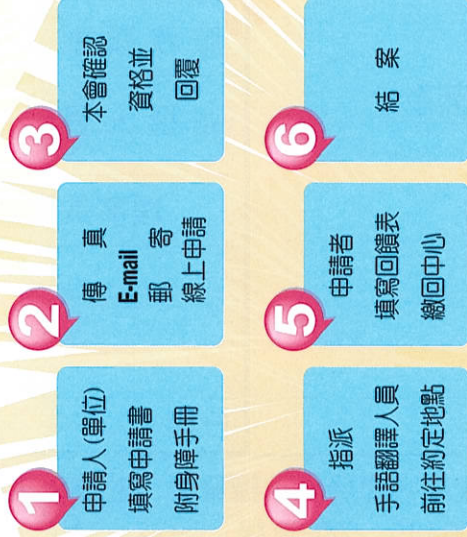
主辦單位：臺南市政府社會局 承辦單位：社團法人台南市聲暉協進會

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

服務對象：

- 1、設籍臺南市之聽語障者或合併聽、語障之多重障礙者及家屬。
- 2、臺南市各機關、學校及團體等。
- 3、外縣市於本市有必要之手語翻譯服務需求。

服務流程：



服務區域：台南市服務區

申請時間：

1. 星期二至星期六上午09:00至下午17:00。
(例假日除外) (請於5天前事先提出)
2. 例假日及夜間申請：限緊急性之重大事務，可隨時提出申請。
3. 如需取消或變更時，請於申請服務日前通知本中心。

手語翻譯服務內容：

- ◎ 警政或司法偵察、非涉刑責之交通事件等事務。
- ◎ 各級政府召開之重大政策會議、政見發表會。
- ◎ 公務機關舉辦之活動(晚會) 舞台翻譯、簡易臨櫃。
- ◎ 洽公事項—市政府、戶政、地政、稅捐、衛生局所、學校等。
- ◎ 職場輔導、工作訓練、就業服務、職業訓練、勞資爭議。
- ◎ 就醫。
- ◎ 對外公開不收費之活動及會議、研討會。
- ◎ 其他必要性翻譯服務。

※若涉及私人商業利益之申請，需自行負擔費用。

台南市手語翻譯服務中心



電話：06-2002524 傳真：06-2006445

服務專線(簡訊)：0972891553

LINE (ID：voiced)

申訴專線：06-2008775

信箱：voiced@voiced.org.tw

網站：<http://www.voiced.org.tw/>

會址：704台南市北區東豐路491號6樓之6

統一編號：06524285

劃撥帳號：30732412

給我們的教育，我們要走出無聲的世界



給我們的舞台，我們將演出無聲的狂想



臺南市政府社會局主辦

社團法人台南市聾暱協進會承辦

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/ 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 <input type="checkbox"/> 單位聯絡人: <input type="checkbox"/> 委託人:
			電話:	<input type="checkbox"/> 電話: <input type="checkbox"/> 手機: <input type="checkbox"/> 傳真:
			手機:	
			傳真:	
Line:				
E-mail:	聯絡方式			

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。

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。

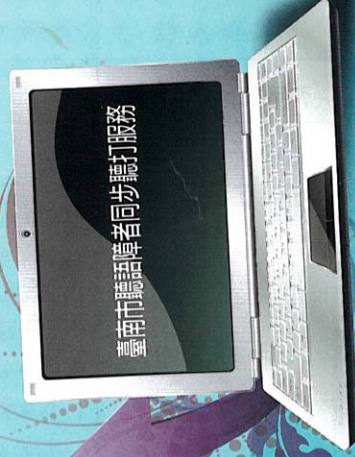
服務區域：臺南市

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 線上申請
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