

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			申請日期	民國 年 月 日
	聯絡方式	電話：	聯絡人	姓 名	<input type="checkbox"/> 同申請人
		手機：			<input type="checkbox"/> 單位聯絡人：
		傳真：		<input type="checkbox"/> 委託人：	
		Line：		聯絡方式	<input type="checkbox"/> 電話：
E-mail：	<input type="checkbox"/> 手機：				
				<input type="checkbox"/> 傳真：	

二、申請服務內容

服務日期	民國 年 月 日	服務時間	自 時	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		注意事項			
請蓋單位 戳 印		<p>★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。</p> <p>★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。</p> <p>申請人簽章: _____</p>			
> 審核結果(由派遣窗口填寫, 申請者請勿填寫) <input type="checkbox"/> 本案擬由同步聽打員 _____ 前往支援。 <input type="checkbox"/> 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。