臺中市政府社會局委託社團法人台中市聲暉協進會辦理手語翻譯暨同步聽打服務申請須知

一、申請方式：

1. 一般性服務申請：**週一至週五 09：00-18：00**，申請人（單位）應於**申請服務日三天前**填寫申請表，並傳真或郵寄**身心障礙手冊正（反）面影本**與申請**活動會議、活動相關流程、交通資訊等資料**，送交受理單位審查。
2. 夜間、緊急或突發性事務：如**警政交通事故、重大醫療案件**得隨時提出申請外，其他案件由中心視人力及申請內容審查是否派遣支援。。

二、服務對象：

1. 單位申請：臺中市各級機關、學校、醫療院所、非營利組織與事業單位等。
2. 個人申請：領有身心障礙手冊之聽語障者或合併聽語障之多重障礙者及其家屬，需檢附證明文件影本提出申請。

三、服務地區：臺中市轄區，跨縣市申請可協助轉介。

四、服務項目：

1. 公務服務：公務機關辦理業務或參與公務機關會議、研習、活動。
2. 警政司法：警政、法務偵查、交通事故處理、獄所等事務。
3. 醫療衛生：就醫、健康檢查、開刀等醫療相關事務。
4. 社會教育：民間團體舉辦之**公開不收費**研習或活動。
5. 就業相關：就業媒合、職前訓練、在職進修、勞資爭議等就業相關案件。
6. 親職教育：親師座談、IEP 會議、家訪等各項親職教育活動。
7. 其他必要性服務且經社會局核定者。

符合服務項目 1-7 點，由臺中市社會局支付服務費用(若單位已編列服務預算，則應自行給付)；不符合者可依【衛生福利部社會及家庭署之手語翻譯服務分類標準】自費申請，中心協助媒合予翻譯員/聽打員。

五、申請注意事項：

1. 申請案件需取消或變更服務，請在原申請服務時間**前1天**(不含例假日)通知中心，違規累計達三次以上，則不受理申請二個月。
2. **一案以申請一項服務為原則**，若需同時申請兩項服務需經社會局核准同意。
3. 本服務**不得指定翻譯員/聽打員**。
4. 聽打服務：聽障者3人(含)以上，場地須自備投影機、投影布幕；聽障者2人以下，可選擇同步投影或近距離觀看電腦螢幕。
5. 申訴管道：
   - ❖ 填寫申訴表，以信箱、郵寄、傳真或親送至本中心。
   - ❖臺中市政府社會局身心障礙科：電話04-25329369#212、傳真04-25358068
6. 各式表單(意見回饋表、申訴表)填寫處：線上搜尋「台中市聲暉協進會」下載。

六、聯絡方法：(夜間、假日緊急事件，請以公務手機通知)

臺中市政府社會局委託－臺中市手語翻譯暨同步聽打服務中心窗口

❖電話：(04)2471-1137　❖傳真：(04)2471-6512　❖公務手機(可簡訊)：0968-388229

❖信箱/Skype：signlanguage@livemail.tw　❖Line(ID)：deafhelp

❖地址：臺中市南屯區東興路一段450號

社團法人台中市聲暉協進會

臺中市手語翻譯暨同步聽打服務申請表

申請日期：107 年 月 日

一、基本資料：□個人申請(請附身心障礙手冊/證明)□單位申請(請加蓋申請單位戳章)

申請單位		聯絡方式 *請詳細填寫	電話： 手機： 信箱： 其他：
申請者姓名			
現場聯絡人 □同申請人	姓名： 電話：	身心障礙手冊(證明)浮貼處或單位戳章加蓋處	

二、申請內容：□手語翻譯 □同步聽打

服務日期	年 月 日（星期一）	服務時間	自 時 分至 時 分，共 時
服務地點		詳細地址	
服務事由 *請詳細說明	□警政(筆錄、法院)：_____ □醫療(看病、檢查)：_____ □就業(面談、職前、在職訓練)： □親職(親師、家訪)：_____ □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：_____		
	□就醫掛號單、批價單或藥袋 □法院傳票□開會通知單（含議程、出席名單）		

檢附資料	□活動簡章、講義（含流程） □其他：活動海報	
服務人數	聽障人數：　　人 現場人數(聽障+聽人)：　　人	同步聽打服務空間設備 1. 筆記型電腦 □場地自備 □請聽打員自備
聽障者姓名		2. 3位聽障者(含)以上活動，場地需自備
主要溝通方式	□自然手語□中文手語□土手語 □口語+手語□口語/讀唇□筆談 □不清楚□其他：	(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 （若須投影請務必確認現場光線、建物，以免影響投影果。）
備註	本人已詳讀申請須知，並確保本申請表所填寫內容及檢附文件均屬實，如有違反上述事項，願負一切責任。 申請人簽名：　　(□聽障者 line 申請)	

★以下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：□符合臺中市政府社會局支付費用標準。

□不符合臺中市政府社會局支付費用標準，由申請單位自費或轉介其他資源。

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：