

苗栗縣手語翻譯服務單一窗口服務申請須知

指導單位:苗栗縣政府

委辦單位:社團法人苗栗縣聲暉協進會

服務對象:本縣聽語障者及其家庭、有手語需求個人及單位。

☆申請方式:7個工作天前提出申請,填寫表單傳真至本會,如遇緊急狀況不再此限。

☆申請時間:每星期一至星期五上午8:00~17:00傳真至037-559268

苗栗縣政府第二辦公大樓一樓身障服務台或電洽0911898832黎小姐。

☆服務地點:以苗栗縣為限

☆應備文件:

1. 手語翻譯服務申請表。
2. 身心障礙證明正反面影本。
3. 與申請服務相關之會議、活動流程、交通資訊等書面資料。

☆注意事項:



- 1、申請單位若因緊急事故致需取消或變更服務時間時,請至遲於原申請服務時間前一工作天通知本會,避免翻譯人員徒勞往返。
- 2、申請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者,請逕洽本會承辦人員由其處理,切勿逕行要求翻譯人員留駐,以免影響其個人行程及本會作業流程。
- 3、申請單位或個人於接受服務完成後,請核對翻譯員填列之服務時數無誤後於其翻譯服務紀錄表之受服務單位欄簽名,並務必於二日內填具服務回饋表回傳本會。
- 4、考量現有人力資源有限,若申請單位未依前述規定辦理申請、取消、變更或繳回表件達三次以上,本會就其日後之申請案,將酌予限制。
- 5、若在申請方面有任何疑問請洽社會處身心障礙服務科 TEL (037) 559653 或電洽黎小姐 037-559649 手機: 0911898832 FAX: (037)559268

苗栗縣手語翻譯服務單一窗口—手語翻譯服務申請書

申請日期: 年 月 日

案件編號:

申請人基本資料			
申請人/申請單位	聯絡方式 (請詳填)	<input type="checkbox"/> 電話:	<input type="checkbox"/> 傳真:
		<input type="checkbox"/> 手機:	<input type="checkbox"/> E-mail:

現場聯絡人	<input type="checkbox"/> 同申請人 <input type="checkbox"/> 非申請人，姓名： 職稱： 連絡電話/手機：		
手語翻譯申請內容			
手語翻譯服務日期	單次申請：自 年 月 日(星期)	服務時間	自__時__分至__時__分
	同性質多次申請		
服務事由或性質	<input type="checkbox"/> 醫療衛生 <input type="checkbox"/> 警政司法 <input type="checkbox"/> 親職教育 <input type="checkbox"/> 就業相關 <input type="checkbox"/> 社會教育 <input type="checkbox"/> 公務服務 <input type="checkbox"/> 社會福利(社工訪視、輔導) <input type="checkbox"/> 其他		
服務地點	地址： 其他： ◎請註明地址及通資訊，如明顯目標、大眾運輸工具搭乘方式等		
服務人數	聽語障人員： 人	聽障者的手語習慣	<input type="checkbox"/> 自然手語 <input type="checkbox"/> 文字手語
	全部人員： 人		<input type="checkbox"/> 口語+手語 <input type="checkbox"/> 讀唇 <input type="checkbox"/> 其他
檢附文件	<input type="checkbox"/> 個人申請：應檢附身心障礙證明影印本 <input type="checkbox"/> 單位申請：應檢附聽障者名冊以及單位立案證書影本 <input type="checkbox"/> 就醫掛號單 <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：		
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">身心障礙證明影本正面黏貼處</div>		<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">身心障礙證明影本反面黏貼處</div>	
<div style="border: 1px dashed black; padding: 20px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 申請單位 蓋章 </div>			
備註	本人已詳讀並保證本申請表所填寫內容以及檢附各項文件均屬實，並同意「不得指定手語翻譯員」；本人保證所填「接受服務之聽語障者」將準時出席，若臨時取消或變更服務亦盡早提出，如有違反上述事項，願負一切責任。 立書人/單位： (簽名，單位申請需加蓋機構章) 申請日期： 年 月 日		
申請審核及回覆	<input type="checkbox"/> 受理，本案為 <input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三 <input type="checkbox"/> 四級案件，擬由手語翻譯員_____前往服務。 <input type="checkbox"/> 本案不符合規定，故 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 資源連結 <input type="checkbox"/> 不受理，原因：_____ 行政人員：_____ 督導簽章：_____		
備註	服務對象： <input type="checkbox"/> 單位(<input type="checkbox"/> 苗栗縣 <input type="checkbox"/> 外縣市_____) <input type="checkbox"/> 個人(<input type="checkbox"/> 苗栗縣 <input type="checkbox"/> 外縣市_____)	派案聯繫紀錄：	

☆申請單請傳真至單一窗口，傳真後務必來電或簡訊確認，謝謝！

承辦單位：社團法人苗栗縣聲暉協進會 服務電話：037-558400 傳真：037-558268

緊急專線/簡訊聯絡：0911898832

申訴專線 037-559653