

# 115 年度苗栗縣同步聽打服務申請須知：

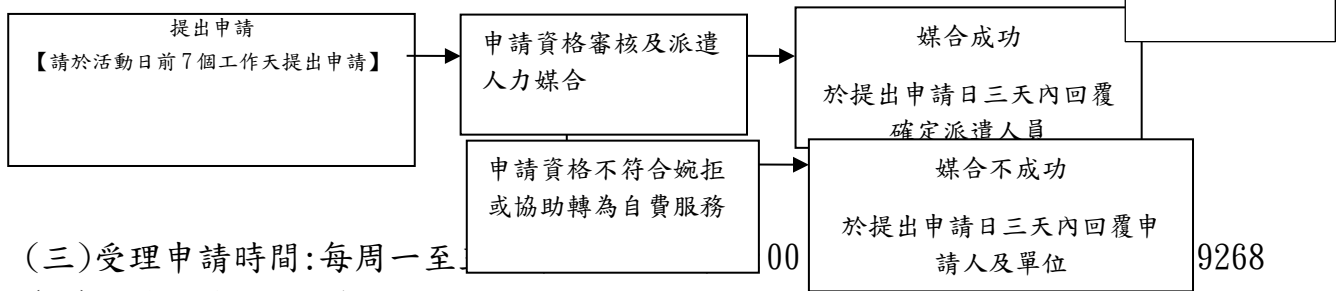
指導單位；苗栗縣政府

委辦單位：社團法人苗栗縣聲暉協進會

(一)服務對象：申請同步聽打服務應未涉及私人商業利益之申請，且具備下列條件之一：

1. 申請單位：機關學校、非營利團體及其他公共服務單位、事業單位。
2. 申請人：領有身心障礙證明之聽語障者或合併聽語障之多重障礙者及家屬。
3. 服務內容：
  - (1)公務機關辦理相關業務事項之聽打服務。
  - (2)非營利團體辦理聽障相關各項未收費之服務、活動、研習、會議之同步聽打服務。
  - (3)陪同偵訊或司法訴訟、警政訊問(含報案)等。
  - (4)法律諮詢服務。
  - (5)一般溝通協調事務。
  - (6)就學相關活動，如親師座談會、講座或親職教育課程等。
  - (7)其他社會參與活動，經本會督導評估或苗栗縣政府認定之案件。

(二)、服務申請流程：



(三)受理申請時間：每周一至

(四)服務區域：苗栗縣境內

(五)注意事項：

- 1、同步聽打服務申請獲本會同意後，若期間遇有聽障者須參加會議之臨時會議為優先，本會得於三天前通知申請單位。
- 2、本項申請原則上免費，若服務人力為外縣市派遣，請申請單位給付交通費，給付標準請依「國內差旅費報支」規定辦理。結束時請配合填寫「服務回饋表」。
- 3、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。
- 4、若在申請方面有任何疑問請洽社會處身障服務科 TEL (037) 558400 或洽本會黎小姐 TEL:0911898832 FAX: (037)559268

## 苗栗縣同步聽打服務 申請表

申請人或申請單位相關資料			申請日期		年	月	日
個人申請	申請者姓名		單位申請	單位全名			
	聯絡方式	手機：		聯絡人			
		傳真：		聯絡方式	電話：		

請	LINE :	請	手機 :
申請內容		申請項目	<input type="checkbox"/> 同步聽打
服務日期	____年 ____月 ____日(星期____)	服務時間	自 ____時 ____分至 ____時 ____分, 共 ____時
服務事由	<input type="checkbox"/> 醫療(看病、檢查) : _____ <input type="checkbox"/> 親職(親師、家訪) : _____ <input type="checkbox"/> 社會教育 : _____ <input type="checkbox"/> 其他 : _____ <input type="checkbox"/> 警政(筆錄、法院) : _____ <input type="checkbox"/> 就業(面談、職前、在職訓練) : _____ <input type="checkbox"/> 公務(洽公) : _____ *本服務不提供私人商業利益之申請及公司自辦活動。		
服務地點		聽障者姓名	聽障者年紀
詳細地址		主要溝通方式	<input type="checkbox"/> 自然手語 <input type="checkbox"/> 中文手語 <input type="checkbox"/> 口語+手語 <input type="checkbox"/> 口語/讀唇 <input type="checkbox"/> 筆談/文字 <input type="checkbox"/> 其他
聽障人數	人	現場人數	人
檢附資料	<input type="checkbox"/> 個人申請應附身心障礙證明影本 <input type="checkbox"/> 單位申請應加蓋單位戳章 <input type="checkbox"/> 活動或會議相關資料(如簡章、流程、講義...等) <input type="checkbox"/> 其他 : _____		
身心障礙證明浮貼處或單位戳章加蓋處		(若須投影, 請務必確認現場光線、建物, 以免影響投影效果。) 1. 3位聽障者(含)以上活動, 場地需自備 (1) 投影機 <input type="checkbox"/> 可移動式 <input type="checkbox"/> 固定式 (2) 投影區 <input type="checkbox"/> 投影布幕 <input type="checkbox"/> 液晶螢幕 <input type="checkbox"/> 白板 <input type="checkbox"/> 其他 (3) 筆記型電腦 <input type="checkbox"/> 場地自備 <input type="checkbox"/> 請聽打員自備 2. 1~2位聽障者參與之活動, 筆記型電腦 <input type="checkbox"/> 場地自備 <input type="checkbox"/> 請聽打員自備	
注意事項	1. 已詳讀申請須知, 且保證本申請表所填寫內容以及檢附各項資料屬實。 2. 申請案件若臨時有變化, 需取消或變更服務時間, 請至遲於原申請服務時間前1天(不含例假日)提出, 違規累計達三次以上, 則不受理申請一至三個月(本中心視情況調整)。 3. 請詳細評估服務所需時間, 若需延長時間, 請洽本窗口承辦人員, 且不得指定聽打員。 4. 接受服務後2個工作天內填寫意見回饋表並回傳至本中心, 以作為服務成效之參考依據。 5. 本表所蒐集之資訊, 僅作為本業務使用, 並遵守個人資料保護法相關規定, 保障您的個人資料。 6. 業務聯絡: 黎小姐, 電話 037-558400 傳真 037-559888 信箱: miaolisign@gmail.com <b>申請人簽章</b> : (請加蓋單位章) _____		

**★此粗框內由手語翻譯窗口填寫, 申請者請勿填寫**

◎案件編號 :	◎派遣日期 :	年	月	日
1. 審核結果 : <input type="checkbox"/> 符合申請派遣標準 <input type="checkbox"/> 一類 <input type="checkbox"/> 二類 <input type="checkbox"/> 不符合申請派遣標準, 轉介其他資源。說明 : _____				
2. 服務類別 : <input type="checkbox"/> 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 :		

申訴管道: 苗栗縣政府社會處身障服務科, 電話 037-559653