**臺中市手語翻譯暨同步聽打服務 申請須知**

|  |
| --- |
| 一、申請方式： |
| 1. 一般申請：週一至週五 9:00－18:00，請於服務 3 天前(不含假日)提出申請，並檢附相
 |
|  關資料 (如會議資料、活動流程等)，服務後 7 天內填寫意見回饋表，始完成服務流程。 |
| 1. 緊急申請：夜間緊急、臨時性事務可隨時提出，視本中心人力調配狀況或轉介，申請者須
 |
|  於服務結束後 2 天內補齊申請表、回饋表。 |
| 二、服務對象： |
| 1. 單位申請：臺中市各級機關、警政司法機關、學校、醫療院所、非營利組織與進用聽、語

障之事業單位等。 |
| 1. 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、復健、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(僅提供開訓及結訓)、在職進修(僅提供開訓及結訓)、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。

註：本服務每人/每單位/同一活動、方案，每月最多申請時數以不超過20小時為原則。 |
| 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，協會協助媒合予翻譯員/聽打員。 |
| 五、申請注意事項： |
| 1. 申請手語及聽打服務請準時出席，如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)通知本協會，違規累計達三次以上，則不受理申請一個月。 |
| 1. 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。
 |
| 1. 本服務不得指定翻譯員/聽打員。
 |
| 1. 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。 |
| 六、為了解手語翻譯服務執行情形，本協會人員將不定期至申請服務案現場進行訪視。 |
| 七、申訴管道： 若您對本服務有任何意見或申訴，可至本會網站或至社會局網站下載申訴表格以信箱、郵寄、　　 |
| 　　傳真或親送至本協會或社會局身心障礙科。 |
|  臺中市政府社會局身心障礙科：電話 04-22289111#37333、傳真 04-22181236 |
| 八、聯絡方法：(如有任何疑問請洽詢以下專線；夜間、假日緊急事件，請以公務手機通知) |
| 　　辦理單位：社團法人台中市聾人協會 |  |
|  電話：(04)2221-1657 | 傳真：(04)2223-6980 |
| 　　公務手機(可簡訊)：0965-560-525 | 信箱：thipa009@gmail.com |
| 　　地址：臺中市中區台灣大道一段299巷3號　　 | Line(ID)：0900186572 |

**台中市政府委託社團法人台中市聾人協會辦理**

**臺中市手語翻譯服務申請表**

申請日期： 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： |
| **二、申請內容：** |
| 服務日期 | 年 月 日（星期 ） | 服務時間 | 自 時 分 至 時 分，共 時 分 |
| 服務地點 |  | 詳細地址 |  |
| 服務事由\*請詳細說明 | □ 警政司法(筆錄、法院)：□ 醫療(看病、檢查)：□ 就業(面談、職前(開、結訓)、在職訓練(開、結訓)、勞資爭議)： □ 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)：□ 洽公：□ 福利服務(訪案相關)：□ 公務活動 (公務機關會議、研習、活動)：□ 其他： |
| 檢附資料 | □ 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）□ 活動簡章、講義（含流程） □ 其他： |
| 服務人數 | 現場總人數： 人聽障人數 ： 人 | **身心障礙手冊(證明)影本黏貼處****或****單位戳章加蓋處** |
| 聽障者姓名 |  |
| 主要溝通方式 | □ 台灣手語 | □ 中文手語 | □ 土手語 |
| □ 口語+手語 | □ 口語/讀唇 | □ 筆談 |
| □ 不清楚 | □ 其他： |  |
| 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），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： |