**【同步聽打服務申請須知】 ★此申請須知請詳讀★不用回傳**

|  |
| --- |
| 一、服務對象：  **個人：**領有身心障礙證明，障礙類別屬聽障、語障或合併聽語障之多重障礙者，設籍外縣市者亦可申請於本市轄內提供服務。  **機關或單位：**本市之醫療院所、公私立學校、非營利組織及各級政府機關等。  二、不得指定同步聽打員。  三、服務項目：研習、就醫、會議、演講、室內活動及各級公共服務等靜態場所。  四、請於服務時間**5天**前提出申請，並**檢附相關資料**【如：就醫掛號單號、活動、會議、課程相關資料、開會通知單（含會議流程）、活動簡章（含流程）】，並**詳述申請事由且預估服務時間**俾利審核及派遣。  五、申請同步聽打員後，請準時出席，若臨時取消或變更服務時間，應於**1天前**提出。若遲到逾30分鐘以上，聽打服務將自動取消。  六、考量資源有限，申請者若取消、變更服務內容，或聽障者未出席，需提前告知窗口，避免服務人員徒勞往返浪費資源，若未依規定辦理申請、取消、變更將加以記錄，對日後之申請案酌予限制。  七、聽打員非筆記抄寫或會議記錄人員，僅服務於現場，如有不當申請及使用服務之情形，經查證屬實，將不再提供申請聽打服務。  八、請於服務結束後填寫意見回饋表並於三日內回傳至本中心，以作為聽打服務成效之參考依據。  九、為了解同步聽打服務員執行情形，本會人員將不定期至申請服務案現場進行訪視。  十、申請者（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時，**請洽本會承辦人員協商**，切勿自行要求聽打員留駐，以免影響其個人行程及本會作業。  十一、同一申請案原則上指派一位聽打服務員提供服務，如同一活動(會議)場合已有主辦單位申請手語翻譯員及聽打員服務，將不重複派員。  十二、聽打內容僅為服務現場溝通使用，並非留存紀錄，服務後不另提供聽打稿。  十三、若您對本服務有任何意見欲申訴，可至本會網站下載申訴表格，或親臨本會提出。申訴專線：06-3123195  十四、若有任何疑義或表格填寫困難，請於上班日週二~週六9:00~17:00洽詢  電話：06-3123196 傳真：06-3123197  電子郵件：[voiced@voiced.org.tw](mailto:voiced@voiced.org.tw) Line：voiced |

**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 |  | 聯絡人 | 申請日期 | 民國 年 月 日 |
| 姓 名 | □同申請人  □單位聯絡人：  □委託人： |
| 聯 絡 方 式 | 電話： |
| 手機： |
| 傳真： | 聯 絡 方 式 | □電話：  □手機：  □傳真： |
| Line： |
| E-mail： |

二、申請服務內容

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 服務日期 | 民國 年 月 日 | | | | 服務時間 | 自時分  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 | □醫療服務，如：門診、檢查等，不包括民俗療法。  □教育服務，如：親師座談會、家長會、IEP等。  □活動服務，如：演講、講座、研習等。  □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。  □洽公服務，如：公務機關洽辦事務或陳情、申訴等。  □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。  □就業服務，如：求職面談、職場輔導、勞資爭議等。  □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ※若涉及私人商業利益之申請，需自行負擔費用。 | | | | | |
| 提供設備  (申請方) | □電腦(□桌上型□筆記型) □投影機(含投影幕) □電腦螢幕  □其他 | | | | | |
| 附件資料 | □身心障礙手冊(證明)正反面影本(個人申請) □單位戳印(單位申請)  □活動、會議、課程相關資料 □開會通知單（含會議流程）  □活動簡章（含流程） □其他: | | | | | |
| **請蓋單位**  **戳印**  **身心障礙證明影本正反面浮貼處** | | | **注意事項** | | | |
| **★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。**  **★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。**  **申請人簽章**： | | | |
| * **審核結果 (由派遣窗口填寫，申請者請勿填寫) 派案日期：** * 本案擬由同步聽打員\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_前往支援。 **承辦人員：** * 本案不符規定，故不予派案。說明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **業務主管：** | | | | | | |

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。