

苗栗縣同步聽打服務申請須知:

指導單位；苗栗縣政府

主辦單位: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：苗栗縣各機關學校、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。

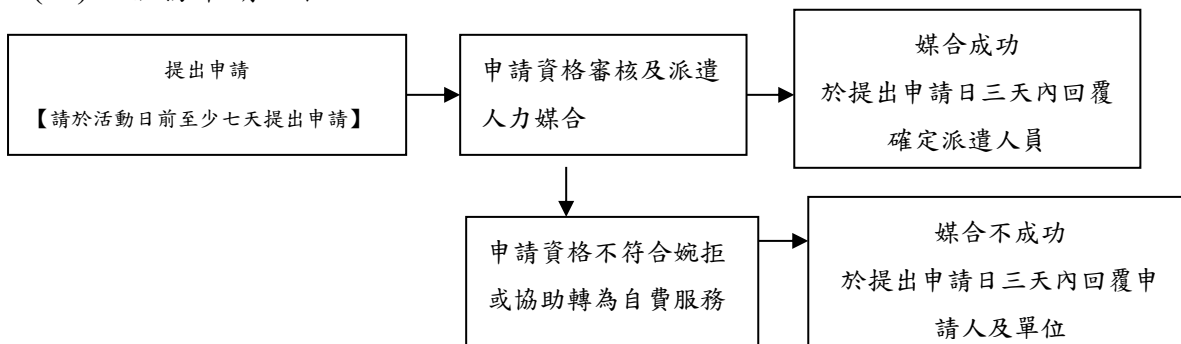
(4)法律諮詢服務。

(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:每周一至五上午 9:00-下午 17:00

(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) 559653 或洽本會 TEL: (037)275336 FAX: (037)277180

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		單位全名				
	聯絡方式		聯絡人				
			聯絡方式		電話：		
		手機：			手機：		
		傳真：					
		LINE：					
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"/> 警政(筆錄、法院)：_____ <input type="checkbox"/> 親職(親師、家訪)：_____ <input type="checkbox"/> 就業(面談、職前、在職訓練)：_____ <input type="checkbox"/> 社會教育：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ <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				同步聽打服務空間設備			
<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：_____				(若須投影,請務必確認現場光線、建物,以免影響投影效果。) 1. <u>3位聽障者(含)</u> 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. <u>1~2位聽障者</u> 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			
身心障礙證明浮貼處或 單位戳章加蓋處							
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. 接受服務後一週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:黎淑華,電話 037-275336 傳真 037-277180 簡訊 0911898832 信箱:m275336@yahoo.com.tw					
申請人簽章：(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"/> 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