

屏東縣手語翻譯暨同步聽打服務窗口

「手語翻譯服務」申請表

*粗框部分由本會填寫

案號：

*申請人相關資料

申請日期： 年 月 日

個人	申請者姓名		單位	單位全名	
	身分證號碼			聯絡人	
	戶籍地	☐ 屏東縣_____市、鄉 ☐ 其他_____縣、市		聯絡方式	☐ 電話：_____
	聯絡方式	☐ 簡訊：_____			☐ 手機：_____
☐ 傳真：_____		☐ 傳真：_____			
		☐ LINE ID：_____	☐ 其他：_____		
	☐ 其他：_____				

*申請服務內容

服務時間	自民國 年 月 日 時 分至民國 年 月 日 時 分				
詳細服務地點	地點及地址				
	交通資訊	公車_____路、線、號_____站，其他_____			
服務人數	聽語障者	手語習慣	☐ 自然手語 ☐ 中文式手語 ☐ 口語+手語		
	共 人		☐ 不清楚是自然手語或中文式手語 ☐ 其他_____		
申請服務事由	☐ 法律諮詢服務。 ☐ 社工員訪視、輔導案件及心理諮商輔導。 ☐ 偵訊或司法訴訟。 ☐ 社會參與展覽、演講、參訪及成長性課程。 ☐ 重大醫療案件，如：手術、生產 ☐ 一般醫療案件，如：門診、化療、復健、健檢 ☐ 就學相關活動，如：親師座談會、家長會或學校辦理之活動。 ☐ 與各政府機關洽辦事一般諮詢或申辦、報案案件及陳情、申訴、檢舉、走失案件。 ☐ 政府機關及非營利組織召開非屬政府機關召開之重大會議，如：協調會、記者會。 ☐ 政府機關召開之重大會議，如：公聽會、政策說明會、法規修訂會議、等。 ☐ 每日下午5點至翌日早上8點間緊急、臨時突發性案件。 ☐ 其他：_____				
	檢附文件	☐ 個人申請應檢附身心障礙手冊影印本 ☐ 開會通知單(含會議流程) ☐ 就醫掛號單、批價單或藥袋 ☐ 活動簡章(含流程) ☐ 單位申請應檢附聽障者名冊以及單位立案證書影本 ☐ 其他：_____			
※以上服務皆可選擇同步聽打服務，請另填申請表					

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：

(簽名或蓋章，單位申請需加蓋機構章)

- ☐本案擬由_____手語翻譯員前往服務。
- ☐本案因_____，已轉介至_____派員協助。
- ☐本案因_____不符規定，故不予派案。

機構主管簽章：_____ 經辦人員簽章：_____

立業字號：屏府社政換字第 1000094737 號

電話：(08)737-2174

傳真：(08)735-4930

會址：900 屏東市建豐路 180 巷 35 號 1 樓

手機簡訊：0979-812-665

E-mail：a7354930@yahoo.com.tw

註：領有身心障礙手冊或證明之聽、語障者皆可申請(無戶籍限制)