

## 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。
2. 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。
2. 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**。
2. 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。
3. 本服務不得指定翻譯員/聽打員。
4. 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：臺中市區台灣大道一段299巷3號

Line(ID)：0900186572



## 臺中市手語翻譯服務申請表

申請日期：      年    月    日

一、基本資料： <input type="checkbox"/> 個人申請(請附身心障礙手冊/證明) <input type="checkbox"/> 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：
申請者姓名			手機：
現場聯絡人 <input type="checkbox"/> 同申請人	姓名： 電話：		信箱： 其他：
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	<input type="checkbox"/> 警政司法(筆錄、法院)： <input type="checkbox"/> 醫療(看病、檢查)： <input type="checkbox"/> 就業(面談、職前(開、結訓)、在職訓練(開、結訓)、勞資爭議)： <input type="checkbox"/> 親職(親師、家訪)： <input type="checkbox"/> 社會教育(民間團體舉辦對外公開不收費之活動、研習)： <input type="checkbox"/> 洽公： <input type="checkbox"/> 福利服務(訪案相關)： <input type="checkbox"/> 公務活動(公務機關會議、研習、活動)： <input type="checkbox"/> 其他：		
檢附資料	<input type="checkbox"/> 就醫掛號單、批價單或藥袋 <input type="checkbox"/> 法院傳票 <input type="checkbox"/> 開會通知單(含議程、出席名單) <input type="checkbox"/> 活動簡章、講義(含流程) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 台灣手語 <input type="checkbox"/> 中文手語 <input type="checkbox"/> 土手語 <input type="checkbox"/> 口語+手語 <input type="checkbox"/> 口語/讀唇 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 不清楚 <input type="checkbox"/> 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。 <div style="text-align: right;">申請人簽名：_____ ( <input type="checkbox"/> 聽障者 line 申請 )</div>		
★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： <input type="checkbox"/> 符合臺中市政府社會局支付費用標準。 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 手語翻譯 ( <input type="checkbox"/> 甲 <input type="checkbox"/> 乙 <input type="checkbox"/> 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：	