

手語翻譯服務申請表

申請日期：____年____月____日

案件編號：_____

基本資料	申請人／申請單位名稱	聯絡方式 (請詳填)	<input type="checkbox"/> 電話：_____ <input type="checkbox"/> 傳真：_____ <input type="checkbox"/> 手機：_____ <input type="checkbox"/> E-mail：_____
	服務日期 ____年____月____日 (星期____)	服務時間	自____午____時____分 至____午____時____分
申請服務事由	服務事由	(請檢附相關附件資料)	
	服務地點	(請詳細填寫)	
	現場人數	全部____人；聽語障者____人(補充說明：_____)	
	慣用溝通方式	<input type="checkbox"/> 自然手語 <input type="checkbox"/> 文字手語 <input type="checkbox"/> 手語+口語 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	現場聯絡方式	<input type="checkbox"/> 同申請人手機/簡訊 <input type="checkbox"/> 現場聯絡人姓名：_____ (關係/職稱：____) 手機：_____	
申請者身心障礙證明正反面影本/申請單位戳印			
身心障礙證明影本正面黏貼處		身心障礙證明影本反面黏貼處	
單位戳印			
*本人已詳讀〔申請須知〕且保證本申請表所填寫內容及檢附文件均屬實，如有違反，願負一切責任。 *本申請表所蒐集之個人資訊僅做相關服務之聯繫與資源連結之用，並遵守個人資料保護法相關規定。			

審核結果	<input type="checkbox"/> 受理，本案為____級，擬由手語翻譯員_____前往服務	
	<input type="checkbox"/> 案件不符規定，故轉介 _____ <input type="checkbox"/> 案件不符規定，故不予派案，原因：_____	
	承辦人簽章	督導批示及簽章

電話：0800-365-324 手機(簡訊)/Line：0963-047-746 傳真：0800-365-524 E-mail：ntcst@nad.org.tw

受理申請時間：週一～週五 8:30～17:30 不含例假日

【申請須知】 *申請手語翻譯服務前，請先詳讀此份注意事項。無須與申請表一同傳回中心！*

一、服務對象：

1. **機關或單位**：公務機關、本市各區公所、警政司法機關、各級學校、醫療院所、非營利組織等公共服務單位。
2. **個人**：持身心障礙證明，屬聽、語障者或合併聽、語障之多重障礙者。

二、服務地點：新北市；另台北市、基隆市、桃園市則視人力調配狀況提供服務。

三、受理申請時間：週一至週五 8:30~17:30，不含例假日

四、服務項目：

1. 政府機關相關業務事項之手語翻譯服務。
2. 民間立案非營利團體辦理各項對外公開未收費之活動、研習、會議。
3. 受理警政或法務偵查、交通事故處理、獄所等或其他夜間緊急、臨時性事務需求提供服務。
4. 醫療院所之門診、健檢、復健及療育。
5. 學校辦理之親師座談會、返校日等就學會議活動。
6. 其他必要性服務。

五、申請人／申請單位注意事項：

1. 申請手語翻譯應未涉及私人商業利益。且不得指定手語翻譯員。
2. 請於服務時間 5 天前（不含例假日）提出申請，並檢附相關資料（如：門診掛號單、研習課程表、開會通知單…等），並詳述申請事由且預估服務時間俾利審核及派遣（警政、司法、醫療急診等緊急案件，不受 5 天前提出規定限制）。
3. 申請手語翻譯服務後，請準時出席，若臨時取消或變更服務時間，應於 2 天前提出（如遇緊急臨時不可抗之因素不在此限）。
4. 服務當天，聽障者未出席或欲取消但未及時告知手譯中心，缺席之聽障者記點一次並發文提醒，年度計點達三次者，由第三次記點日起停權一個月（機構申請部分不適用該條停權處分）。
5. 同一申請案（同一活動、會議場合）已有主辦單位申請服務，將以主辦單位申請為主，不再重複派員。
6. 同一申請案（同一活動、會議場合）原則上以手語翻譯與同步聽打擇一提供服務；惟 2 名以上聽語障者分別有手語翻譯及聽打服務之不同需求，始可個別派遣服務人員。
7. 申請者（單位）請務必於服務結束後 3 日內填寫「服務回饋表」回傳。

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、若您對本服務有任何意見欲申訴，可至本協會網站下載申訴表格或親臨本協會提出。

八、若有任何疑義或表格填寫困難，請洽詢：

新北市手語翻譯暨同步聽打服務免付費電話：0800-365-324

新北市手語翻譯暨同步聽打服務免付費傳真：0800-365-524

新北市手語翻譯暨同步聽打服務手機/簡訊專線：0963-047-746

新北市手語翻譯暨同步聽打服務 Line 帳號：0963047746

新北市手語翻譯暨同步聽打服務電子郵件：ntcst@nad.org.tw

社團法人中華民國聾人協會 網址：<http://www.nad.org.tw/>



手語翻譯服務滿意度調查表

- * 申請者/使用者：_____ 聯絡方式：_____
- * 實際接受手語翻譯服務的日期及時間：_____年_____月_____日（星期_____）
_____時_____分~_____時_____分
- * 手語翻譯員姓名：_____
- * 本次服務有自行支付任何費用嗎？ 否 是，金額_____元
- * 本申請於服務前五日(不含例假日)提出，清楚 不清楚本服務需五日前提出申請。
- * 手語翻譯員到場時間是否準時？(臨時案件不需勾選)
提早，約_____分鐘 準時 遲到，約_____分鐘

<p>*服務需求：聽障者使用手語的習慣是？(如您為機關團體申請或不清楚者，可跳至下一題) <input type="checkbox"/>中文手語(文字+口語手語) <input type="checkbox"/>自然手語(聾人手語) <input type="checkbox"/>其他_____</p>
<p>*服務宣傳：從何處得知本會提供新北市手語翻譯申請服務？ <input type="checkbox"/>社會局公文 <input type="checkbox"/>聽障相關社團(請註明社團名稱)：_____ <input type="checkbox"/>朋友、同事 <input type="checkbox"/>網站(請註明網站名稱)：_____ <input type="checkbox"/>其他_____</p>

滿意度	非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意
服務項目					
【行政滿意度】					
1. 申請流程簡單方便？	<input type="checkbox"/>				
2. 行政人員服務態度？	<input type="checkbox"/>				
【手語翻譯員滿意度】					
1. 本次翻譯員的手語看得懂嗎？	<input type="checkbox"/>				
2. 本次翻譯員的翻譯位置(站或坐)，手語看得清楚嗎？	<input type="checkbox"/>				
3. 本次翻譯員的衣著，手語看得清楚嗎？	<input type="checkbox"/>				
4. 本次翻譯員的服務態度，您滿意嗎？	<input type="checkbox"/>				
【其他意見—鼓勵或建議】					

~提醒您務必於服務結束後3日內，填寫並回傳，以利下次申請~

電話：0800-365-324 手機(簡訊)/Line：0963-047-746 傳真：0800-365-524 E-mail：ntcst@nad.org.tw