**同步聽打服務申請表**

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) | □ 電話：  □ 傳真：  □ 手機：  □ E-mail： |
| 申  請  服  務  事  由 | 服務日期 | 年 月 日  （星期 ） | | 服務時間 | 自 午 時 分  至 午 時 分 |
| 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 | □口語 □手語 □口手語 □筆談 □其他\_\_\_ |
| 現場聯絡方式 | □同申請人手機/簡訊  □現場聯絡人姓名： (關係/職稱： ) 手機： | | | |
| 空間設備 | 1.筆記型電腦 □場地自備 □請聽打員自備  2.3位聽障者（含）以上活動，場地需自備  （1）投影機 □可移動式 □固定式  （2）投影幕 □投影/電子布幕 □液晶電視/螢幕  　　 　　　　□牆面 □白板 □其他： | | | |
| 申請者身心障礙證明正反面影本/申請單位戳印 | | | | |
| 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。  身心障礙證明影本正面黏貼處  身心障礙證明反面黏貼處 | | | | |
| 審核結果 | □ 受理，本案擬由同步聽打員 前往服務  □ 案件不符規定，故轉介  □ 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】 \*申請同步聽打服務前，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；另如台北市、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同步聽打服務。 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、申請單位注意事項**：**   1. 申請同步聽打**應未涉及私人商業利益。且不得指定同步聽打員**。 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. 聽打服務員非筆記抄寫或會議記錄人員，僅服務於現場。 4. 申請同步聽打服務後，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)。 5. 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)。 6. 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。 7. 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。 8. 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、為了解同步聽打服務執行情形，本協會人員將不定期至服務案件現場進行訪視。  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/** |

**同步聽打服務滿意度調查表**

\*申請者/使用者： 聯絡方式：

\* 實際接受同步聽打服務的日期及時間： 年 月 日（星期 ）

時 分~ 時 分

\* 聽打員姓名：

\* 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。

\* 聽打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

|  |
| --- |
| **\*服務需求**：**聽障者使用溝通方式是？(如您為機關團體申請或不清楚者，可跳至下一題)**  □手語 □口語 □手語+口語 □筆談 □其他 |
| **\*服務宣傳**：**從何處得知本會提供新北市同步聽打申請服務？**  □社會局公文 □聽障相關社團（請註明社團名稱）：  □朋友、同事 □網站（請註眀網站名稱）： □其他 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 滿意度  服務項目 | 非常  滿意 | 滿意 | 普通 | 不滿意 | 非常 不滿意 |
| **【行政滿意度**】 | | | | | |
| 1.申請流程簡單方便? | □ | □ | □ | □ | □ |
| 2.行政人員服務態度? | □ | □ | □ | □ | □ |
| **【聽打員滿意度】** | | | | | |
| 1.本次聽打員的聽打內容是否清楚流暢? | □ | □ | □ | □ | □ |
| 2.本次聽打的投影幕(或筆電)相對位置，  看得清楚嗎? | □ | □ | □ | □ | □ |
| 3.本次聽打字幕的對比色彩及字體大小，看得  清楚嗎? | □ | □ | □ | □ | □ |
| 4.本次聽打員的服務態度，您滿意嗎？ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 【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，以利下次申請機會~**

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