**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