澎湖縣政府手語翻譯暨同步聽打服務　申請表

申請人或申請單位相關資料				申請日期	年　月　日
個人申請	申請者姓名		單位申請	單位全名	
	聯絡方式	手機：		聯絡人	
		傳真：		聯絡方式	電話：
		LINE：			手機：

申請內容		申請項目	□手語翻譯　□同步聽打
服務日期	＿＿＿年 ＿＿月 ＿＿日(星期＿＿)	服務時間	自＿＿時＿＿分至＿＿時＿＿分，共＿＿時
服務事由	□醫療(看病、檢查)：＿＿＿＿＿＿ □警政(筆錄、法院)：＿＿＿＿＿＿ □親職(親師、家訪)：＿＿＿＿＿＿ □就業(面談、職前、在職訓練)：＿＿＿＿＿＿ □社會教育(民間團體舉辦**對外公開不收費**之活動、研習)：＿＿＿＿＿＿ □公務(洽公)：＿＿＿＿＿＿ □其他：＿＿＿＿＿＿ ＊本服務不提供私人商業利益之申請及公司自辦活動。		
服務地點		聽障者姓名	聽障者年紀
詳細地址		主要溝通方式	□自然手語 □中文手語 □口語+手語 □口語/讀唇□筆談/文字□其他
聽障人數	人　現場人數　人	同步聽打服務空間設備	
檢附資料	□個人申請應附身心障礙手冊(證明)影本 □單位申請應加蓋單位戳章 □其他：＿＿＿＿＿＿	(若須投影，請務必確認現場光線、建物，以免影響投影效果。) 1. 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)投影區□投影布幕□液晶螢幕□白板□其他 (3)筆記型電腦□場地自備□請聽打員自備 2. 1~2位聽障者參與之活動，筆記型電腦 □場地自備　□請聽打員自備	
身心障礙手冊(證明)浮貼處或單位戳章加蓋處			
注意事項	1. 已詳讀申請須知，且保證本申請表所填寫內容以及檢附各項資料屬實。 2. 申請案件若臨時有變化，需取消或變更服務時間，請至遲於原申請服務時間前1天(不含例假日)提出，違規累計達三次以上，則不受理申請一至三個月(本中心視情況調整)。 3. 請詳細評估服務所需時間，若需延長時間，請洽本中心承辦人員，且不得指定翻譯員(聽打員)。 **申請人簽章：**＿＿＿＿＿＿		

★此粗框內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：□符合申請派遣標準
□不符合申請派遣標準，轉介其他資源。說明：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
2. 服務類別：□手語翻譯（□甲 □乙 □丙）、□同步聽打，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：

【備註：申請單請傳真至本中心，傳真後務必來電或簡訊確認，謝謝！】

申訴管道：澎湖縣身心障礙者生涯轉銜暨個案管理中心　　電話：06-9270901　　傳真：06-9270921