

正本

發文方式：郵寄

檔 號：

保存年限：

臺南市政府民政局 函

702
臺南市國民路270巷75弄9號

地址：708201臺南市安平區永華路2段6號
承辦人：黃莉茱
電話：2991111#8893
傳真：2952134
電子信箱：lichu929@mail.tainan.gov.tw

受文者：台南市葬儀商業同業公會

發文日期：中華民國113年5月17日
發文字號：南市民生字第1130702822號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明三

主旨：有關行政院身心障礙者權益推動小組為提供聽障者參加告別式申請手語翻譯和聽打服務一案，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依據內政部113年5月14日台內宗字第11305708521號函辦理。
- 二、為聽障者參加告別式有手語或同步聽打服務需求者，市府社會局設有專業聽語障礙者同步聽打服務相關資訊(連結網址 <https://sab.tainan.gov.tw/cl.aspx?n=26875>)，請協助宣導轉知所屬會員。
- 三、隨文檢附臺南市聽語障礙者同步聽打服務申請表供參。

正本：台南市葬儀商業同業公會、臺南市直轄葬儀商業同業公會
副本：本局生命事業科

局長姜淋煌

【同步聽打服務申請須知】

★此申請須知需詳讀，不用回傳，感謝您

一、服務對象：

個人：領有身心障礙證明(手冊)，障礙類別屬聽障、語障或合併聽語障之多重障礙者，設籍外縣市者亦可申請於本市轄內提供服務。

機關或單位：本市之醫療院所、公私立學校、非營利組織及各級政府機管等。

二、不得指定同步聽打員。

三、服務項目：研習、就醫、會議、演講、室內活動及各級公共服務等靜態場所等。

四、請於服務時間 5 天前提出申請，並檢附相關資料【如：就醫掛號單號、活動、會議、課程相關資料、開會通知單(含會議流程)、活動簡章(含流程)】，並詳述申請事由且預估服務時間俾利審核及派遣。

五、申請同步聽打員後，請準時出席，若臨時取消或變更服務時間，應於 1 天前提出。若遲到逾 30 分鐘以上，聽打服務將自動取消。

六、服務當天，聽障者未出席或欲取消，但未及時告知聽打窗口，缺席之聽障者記點一次並通知提醒，年度計點達三次者，由第三次記點日起停權一次。

七、聽打員非筆記抄寫或會議記錄人員，僅服務於現場，如有不當申請及使用服務之情形，經查證屬實，將不再提供申請聽打服務。

八、請於服務結束後填寫意見回饋表並於三日內回傳至本中心，以作為聽打服務成效之參考依據。

九、為了解同步聽打服務員執行情形，本會人員將不定期至申請服務案現場進行訪視。

十、申請者(單位)請詳細評估所需服務時間，若因現場突發狀況需延長服務時間時，請洽本會承辦人員協商，切勿自行要求聽打員留駐，以免影響其個人行程及本會作業。

十一、同一申請案原則上指派一位聽打服務員提供服務，如同一活動(會議)場合已有主辦單位申請手語翻譯員及聽打員服務，將不重複派員。

十二、聽打服務員非筆記抄寫或會議記錄人員，服務現場恕不提供檔案，請於會後與服務窗口詢問。

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

十四、若有任何疑義或表格填寫困難，請於週二~週六 9:00~17:00 間洽詢：

電話：06-3123196

傳真：06-3123197

電子郵件：voiced@voiced.org.tw

臺南市聽語障者同步聽打服務 申請表

一、申請者（單位）相關資料

申請人 / 單位	申請人姓名 / 申請單位名稱			申請日期	民國 年 月 日
	聯絡方式	電話：	聯絡人	姓名	<input type="checkbox"/> 同申請人
		手機：			<input type="checkbox"/> 單位聯絡人：
		傳真：		<input type="checkbox"/> 委託人：	
		Line：		聯絡方式	<input type="checkbox"/> 電話：
E-mail：	<input type="checkbox"/> 手機：				
				<input type="checkbox"/> 傳真：	

二、申請服務內容

服務日期	民國 年 月 日	服務時間	自 時 分	至 時 分
服務人數	全部（聽障者+聽人）：共計 人，聽障者：共計 人			
辦理活動單位		活動名稱		
服務地點(地址)				
服務事由	<input type="checkbox"/> 醫療服務，如：門診、檢查等，不包括民俗療法。 <input type="checkbox"/> 教育服務，如：親師座談會、家長會、IEP 等。 <input type="checkbox"/> 活動服務，如：演講、講座、研習等。 <input type="checkbox"/> 會議服務，如：重大政策會議、公聽會、法規修訂會議、一般會議等。 <input type="checkbox"/> 洽公服務，如：公務機關洽辦事務或陳情、申訴等。 <input type="checkbox"/> 福利服務，如：社工員訪視、輔導案件、ICF 需求評估及心理諮商輔導等。 <input type="checkbox"/> 就業服務，如：求職面談、職場輔導、勞資爭議等。 <input type="checkbox"/> 其他 _____ ※若涉及私人商業利益之申請，需自行負擔費用。			
提供設備 (申請方)	<input type="checkbox"/> 電腦(<input type="checkbox"/> 桌上型 <input type="checkbox"/> 筆記型) <input type="checkbox"/> 投影機(含投影幕) <input type="checkbox"/> 電腦螢幕 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
附件資料	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊(證明)正反面影本(個人申請) <input type="checkbox"/> 單位戳印(單位申請) <input type="checkbox"/> 活動、會議、課程相關資料 <input type="checkbox"/> 開會通知單(含會議流程) <input type="checkbox"/> 活動簡章(含流程) <input type="checkbox"/> 其他: _____			
身心障礙證明影本正反面浮貼處 請蓋單位戳印		注意事項 ★本申請表所蒐集之個人資料，僅作為同步聽打服務使用，並遵守個人資料保護法相關規定。 ★本人已詳讀【同步聽打服務申請須知】，且保證本申請表所填寫內容以及檢附各項文件均屬實。 申請人簽章：_____		
> 審核結果（由派遣窗口填寫，申請者請勿填寫） <input type="checkbox"/> 本案擬由同步聽打員 _____ 前往支援。 <input type="checkbox"/> 本案不符規定，故不予派案。說明 _____		派案日期： 承辦人員： 業務主管：		

若有任何疑義或表格填寫困難，請於週二~週六 9:00~17:00 間洽詢本單位。