

新竹縣政府身心障礙者促進就業手語翻譯及聽打服務實施計畫

壹、依據：身心障礙者權益保障法第 33 條及 61 條。

貳、計畫目的：為落實聽語障礙者無障礙就業環境之完整建立，提供身心障礙

者手語翻譯及聽打服務，以使在新竹縣（以下簡稱本縣）勞

務之身心障礙者獲得更適切更完整的服務。

參、主辦單位：新竹縣政府勞工處（以下簡稱本處）

肆、計畫內容：

一、服務宗旨：為建構在本縣勞務之身心障礙者參與就業相關事項及職業訓

練等事項之溝通橋樑，並確保其職能提升與職務晉升之機

會，以促進其就業之穩定。

二、受理服務範圍

（一）、服務項目：

1. 符合第肆條第七項手語翻譯及聽打服務各類型、職業訓練、就業諮

詢、面談、身心障礙者本職工作相關之教育訓練、會議、活動等對

外公開且不收費之就業相關活動。

2. 本處暨附屬機關辦理勞政業務，需手語翻譯及聽打服務者。

（二）、申請對象：

1. 設籍本縣或勞務提供地位於本縣之身心障礙者。

2. 本府各處及所屬機關。

3. 本縣所轄之合法事業單位。

（三）受理申請時間：週一至週五 08:00~17:00。

手語翻譯及聽打服務時間：週一至週日 08:00~22:00。

（四）服務地點：以新竹縣市為限，如有特殊情形（身心障礙者支援、調

離

或其他)須至外縣市服務時，得經勞工處評估決定之。

三、服務窗口申請專線：03-5518101#3045 (電話)

03-5554694 (傳真)

四、申請作業流程：

(一)填寫申請表。

(二)以傳真或電子郵件方式傳送至本處勞工福利科身心障礙組。

(三)應附資料：申請表、身心障礙證明正、反面影本、會議或活動相關
流程、交通資訊及其他相關表件等資料。

(四)以傳真、手機簡訊、電子郵件或電話確認申請資料傳送結果。

(五)本處將以傳真、手機簡訊、電子郵件或電話回覆申請結果。

五、申請配合事項：

(一)申請單位(或個人)需於活動前3天(不含例假日)提出申請(惟緊急

急

或特殊申請案者，不在此限)，本處將視人力調配派員。

(二)申請單位(人)若因緊急事故致需取消或變更服務時間，請至遲於
原申請服務時間前1工作天通知服務窗口，避免手語翻譯及聽打人員徒勞往返。

(三)除行政機關所辦理之職業訓練或相關業務(含補助、委託業務)外，

其餘申請案本處提供每位聽語障者每月至多20小時手語翻譯及聽打
服務。

(四)申請單位(人)於接受服務完成後，請核對手語翻譯員及聽打員填
列之服務時數無誤後於其服務紀錄表之申請單位(人)欄簽名。

(五)申請單位(或個人)於手語翻譯及聽打服務完成後，務請於3日內

(不

含例假日) 填具服務紀錄表及滿意度調查表交回本服務窗口。

(六)本項申請原則上免費。若申請單位已編列手語翻譯及聽打費用，本府另補助差額費用。

(七)申請單位(或個人)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者，需先洽本處承辦人員，由本處承辦人員處理，切勿逕自要求手語翻譯及聽打人員延長工作時間，以免影響其個人行程及本處作業流程。

(八)考量現有人力資源有限，若申請單位(人)未依前述規定辦理申請、取消、變更或繳回相關表件達3次以上，有關日後之申請案，服務窗口將酌予限制。

(九)本項服務由本府視人力進行派遣調度，若人力無法調配時，本府有權於告知申請單位(人)後取消服務申請，申請單位(人)不得有異議；若未在規定期限內提出申請者，除有重大情事不可抗力者，本府有權取消申請或由申請人自行負擔手語翻譯及聽打費用。

(十)本府得派員於服務期間進行督導，確實瞭解實際服務情形，作為

後

續考核之依據。

六、手語翻譯員及聽打員任用資格：(具以下其中資格之一者)

(一)依本縣〈社會處〉手語翻譯服務團之公開評選成績分為第一、第二及第三等三類型手語翻譯員。

(二)具有中華民國手語翻譯員技術士丙級證照者以上。

前項手語翻譯員任用資格，自身心障礙者權益保障法公布施行滿五年之日起，由手語翻譯技術士技能檢定資格者擔任之。

(三)聽打員資格：曾參加「同步聽打服務」培訓之課程研習10小時

(含)以上及實習10小時(含)以上，並頒有該項課程結訓證明者。

七、手語翻譯及聽打服務類型及付費標準：

手語翻譯服務類型	服務費用
----------	------

1	a. 勞工處所舉辦之重大政策會議 b. 勞工處所受理之勞資爭議 c. 其他經本處認定屬第一類手語翻譯服務者。	外聘每小時新 臺幣 1,500 元， 內聘每小時新 臺幣 750 元。
2	a. 職場輔導(職前訓練、公司會議)。 b. 公務機關或民間團體所辦對外公開不收費之活動及會議。 c. 涉及技術操作及測驗等較複雜或公務機關之人事徵選面試。 d. 私人雇主或其上級主管機關主辦之在職訓練、教育訓練及研討會。 e. 公務機關主〈委〉辦之職訓課程。 f. 一般活動(晚會)舞台手語翻譯。 g. 其他經本處認定屬第二類手語翻譯服務者。	外聘每小時新 臺幣 1,000 元 內聘每小時新 臺幣 500 元。
	a. 簡易面談之工作徵選面試。 b. 一般簡易臨櫃諮詢服務。 c. 一般廣場型、攤位服務型之活動。 d. 其他經本處認定屬第三類手語翻譯服務者。	外聘每小時新 臺幣 500 元， 內聘每小時新 臺幣 250 元。

同步聽打服務類型	服務費用
與手語翻譯服務類型同	外聘每小時新臺幣 500 元，內聘 每小時新臺幣 250 元。

八、服務費用計算標準：

(一)各級手語翻譯及聽打服務之酬給，均以各次實際受派服務類型及
費

用標準按鐘點付費，服務未滿 30 分鐘以半小時計，超過 30 分鐘未
滿 1 小時以 1 小時計，滿 1 小時以後超過 15 分鐘（包括 15 分鐘）
以 1.5 小時計，滿 1.5 小時以後以 2 小時計，依此類推。

(二)為保障服務品質，各項會議活動、職訓及教育訓練、研討會、就業博覽會（含廣場型、攤位服務型）若超過2小時以上，至多派2位以上手語翻譯員及2位聽打員同時進行服務，其服務費用按時採各自計費。

九、經費來源：身心障礙者就業基金-一般行政管理-一般服務費-計時與計件人員酬金。

十、本計畫經簽准後開始施行。



新竹縣政府辦理手語翻譯服務及聽打申請表

案 號：

申請日期： 年 月 日

*申請人相關資料

個人申請	申請者姓名		單位申請	單位全名	
	身分證號			聯絡人	
	戶籍地			聯絡方式	<input type="checkbox"/> 手機：
	聯絡方式	<input type="checkbox"/> 簡訊： <input type="checkbox"/> 傳真： <input type="checkbox"/> MSN：			<input type="checkbox"/> 電話： <input type="checkbox"/> 傳真： <input type="checkbox"/> 其他：

*申請服務內容

服務時間	自民國 年 月 日 時 分至民國 年 月 日 時 分				
詳細服務地點及地址					
服務人數	身心障礙者共 人	手語習慣	<input type="checkbox"/> 自然手語	<input type="checkbox"/> 中文式手語	
			<input type="checkbox"/> 口語+手語	<input type="checkbox"/> 聽打	<input type="checkbox"/> 其他
申請服務事由	勞政： <input type="checkbox"/> 勞工處所舉辦之重大政策會議。 <input type="checkbox"/> 勞工處所受理之勞資爭議。 <input type="checkbox"/> 職場輔導(職前訓練、公司會議)。 <input type="checkbox"/> 公務機關或民間團體所辦對外公開不收費之活動及會議。 <input type="checkbox"/> 涉及技術操作及測驗等較複雜或公務機關之人事徵選面試。 <input type="checkbox"/> 私人雇主或其上級主管機關主辦之在職訓練、教育訓練及研討會。 <input type="checkbox"/> 公務機關主〈委〉辦之職訓課程。 <input type="checkbox"/> 一般活動(晚會)舞台翻譯。 <input type="checkbox"/> 簡易面談之工作徵選面試。 <input type="checkbox"/> 一般簡易臨櫃諮詢服務。 <input type="checkbox"/> 一般廣場型、攤位服務型之活動。				
檢附文件	<input type="checkbox"/> 申請表 <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正、反面影本 <input type="checkbox"/> 會議或活動相關流程、交通資訊 <input type="checkbox"/> 其他相關表件等資料				

本人已詳讀並保證本申請表所填寫內容以及檢附各項文件均屬實，並同意「不得指定手語翻譯及聽打員」；本人保證所填「接受服務之聽語障者」將準時出席，若臨時取消或變更服務亦盡早提出，如有違反上述事項，願負一切責任。

立書人： (簽名或蓋章，單位申請需加蓋機構章)

***單位審核**

本案為一類案件二類案件三類案件 本案不符本府規定，故不予派案。
 擬由手語翻譯或聽打員 前往支援。 原因：

備註

承辦人		科長		副處長		處長	
-----	--	----	--	-----	--	----	--

新竹縣政府勞工處(勞工福利科)

電話:03-5518101 轉 3045 ， 傳真：03-5554694



新竹縣政府辦理手語翻譯及聽打服務紀錄表

請將各服務情形在3天內完成(不含例假日)

申請單位(人)		聯絡電話		聯絡傳真	
身心障礙者姓名		服務人數		身心障礙者人數： 人 全部人數： 人	
實際服務時間	自民國 110 年 月 日 (星期)	時 分至 時 分及 時 分至 時 分	實際服務時數	共 小時	
服務事由					
服務地點					
服務相關事項	狀況紀錄	*聽障者所使用的手語是： <input type="checkbox"/> 自然手語 <input type="checkbox"/> 中文文法手語 <input type="checkbox"/> 手語+口語 <input type="checkbox"/> 讀唇 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 聽打 <input type="checkbox"/> 其他 *出席情形：(1)聽障者： <input type="checkbox"/> 準時、 <input type="checkbox"/> 遲到 分鐘、 <input type="checkbox"/> 早退 分鐘 (2)翻譯或聽打員本身： <input type="checkbox"/> 準時、 <input type="checkbox"/> 遲到 分鐘、 <input type="checkbox"/> 早退 分鐘			

紀錄	建議事項紀錄	◎針對本翻譯及聽打案服務內容簡述：(不足者請自行加空白頁填寫)	
		◎其他建議事項或提醒下次翻譯及聽打(或延續性翻譯案)需注意的事項：	
		◎給予本府之建議事項：	
申請單位(人) 簽章		備註	本次服務申請單位是否給付費用 <input type="checkbox"/> 是，金額 元 <input type="checkbox"/> 否
手語翻譯或聽打 員簽章		繳回日期	年 月 日 (本欄由本府填寫)

新竹縣政府關心您！

製表:110.11.18

新竹縣政府辦理手語翻譯及聽打服務 意見回饋表



案 號 ：

敬啟者：

您好!很高興有機會能為您提供手語翻譯及聽打服務，為了提升服務品質，請您花幾分鐘的時間填寫以下的「服務滿意度調查表」並於服務結束後24小時內回傳本府，感謝您提供寶貴意見，若有其他問題也歡迎與我們連絡。

*基本資料：(以下資料僅作為將來相關福利措施、訊息通知使用)

申請者 (單位)	聯絡方式
	E-mail

*本次服務相關資料：

勞工處（勞工福利科） 製表:110.11.18



地址：新竹縣竹北市光明六路 10 號



E-mail：1000427 @hchg.gov.tw



電話：03-5518101 轉 3045



傳真：03-5542564



緊急專線：0918-175721

新竹縣政府辦理「身心障礙者促進就業手語翻譯及聽打服務」費用印領清冊

姓名	身分證字號	地址	手語翻譯及聽打服務費明細			
年月日	服務地點	服務時間	類型一： 每小時 1500 元	類型二： 每小時 1000 元	類型三： 每小時 500 元	合計
//		自_時__分至_時__分，共__時	___時*1,500	___時*1,000	___時*500	元
//		自_時__分至_時__分，共__時	___時*1,500	___時*1,000	___時*500	元
//		自_時__分至_時__分，共__時	___時*1,500	___時*1,000	___時*500	元
合計	新台幣： 萬 仟 佰 拾 元正					
手語翻譯及聽打員本人簽名						
承辦人：	科長：	單位主管：				