



新竹縣政府委託社團法人新竹縣天使之音協會辦理  
新竹縣 113 年度手語翻譯暨聽打服務方案  
手語翻譯服務申請表



\*申請人(單位)相關資料

案 號：

|      |       |                                                                                                                                                                    |      |      |                                                                                                                                                                  |
|------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 個人申請 | 申請者姓名 |                                                                                                                                                                    | 單位申請 | 單位全名 |                                                                                                                                                                  |
|      | 戶籍地   |                                                                                                                                                                    |      | 聯絡人  |                                                                                                                                                                  |
|      | 聯絡方式  | <input type="checkbox"/> 簡訊：<br><input type="checkbox"/> 傳真：<br><input type="checkbox"/> Line：<br><input type="checkbox"/> E-mail：<br><input type="checkbox"/> 其他： |      | 聯絡方式 | <input type="checkbox"/> 手機：<br><input type="checkbox"/> 電話：<br><input type="checkbox"/> 傳真：<br><input type="checkbox"/> E-mail：<br><input type="checkbox"/> 其他： |

\*申請服務內容

|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                 |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 服務時間                                                                                                                                                                                     | 民國 年 月 日 時 分至 時 分                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                 | 星期： |
| 詳細服務地點及地址                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                 |     |
| 服務人數                                                                                                                                                                                     | 聽語障者共____人                                                                                                                                                                                                                             | 手語習慣                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 自然手語 <input type="checkbox"/> 中文式手語<br><input type="checkbox"/> 口語+手語 <input type="checkbox"/> 其他_____ |     |
| 申請服務事由                                                                                                                                                                                   | 請勾選以下服務類型，並簡述服務事由：                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                 |     |
|                                                                                                                                                                                          | 服務內容分類                                                                                                                                                                                                                                 | 第一類：<br><input type="checkbox"/> 政府機關召開之重大會議，如：公聽會、政策說明會、法規修訂會議、公辦政見發表會。<br><input type="checkbox"/> 偵訊或司法訴訟，警政訊問(含報案)。<br><input type="checkbox"/> 重大必要之醫療案件，如：手術、生產。<br><input type="checkbox"/> 每日晚間十點至翌日早上七點間緊急、臨時突發性案件。 <input type="checkbox"/> 其他：                                                                                                                               |                                                                                                                                 |     |
|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                        | 第二類：<br><input type="checkbox"/> 政府機關及非營利組織召開非屬第一類之會議、協調會、記者會。<br><input type="checkbox"/> 與各政府機關洽辦事務，或向政府機關陳情、申訴、檢舉、走失案件。<br><input type="checkbox"/> 法律諮詢服務。<br><input type="checkbox"/> 一般醫療案件，如：門診、化療、復健、療育。<br><input type="checkbox"/> 就學相關活動，如親師座談會、家長會或學校日活動。<br><input type="checkbox"/> 社工員訪視、輔導案件及心理諮商輔導。<br><input type="checkbox"/> ICF 需求評估。 <input type="checkbox"/> 其他： |                                                                                                                                 |     |
| 第三類：<br><input type="checkbox"/> 各政府機關洽辦事務。<br><input type="checkbox"/> 一般健康檢查。<br><input type="checkbox"/> 社會參與：展覽、演講、活動參訪及成長性或社區大學課程。 <input type="checkbox"/> 其他：                     |                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                 |     |
| 檢附文件                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 個人申請：應檢附身心障礙證明影印本 <input type="checkbox"/> 單位申請：應檢附聽障者名冊以及單位立案證書影本<br><input type="checkbox"/> 就醫掛號單 <input type="checkbox"/> 開會通知單(含會議流程)<br><input type="checkbox"/> 活動簡章(含流程) <input type="checkbox"/> 其他： |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                 |     |
| 身心障礙手冊(證明)影本正面黏貼處                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                        | 身心障礙手冊(證明)影本反面黏貼處                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                 |     |
| <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">             申請單位<br/>蓋章           </div> |                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                 |     |



|    |                                                                                                     |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 備註 | 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/單位： _____ (簽名，單位申請需加蓋機構章) 申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日                                         |

\*單位審核

|                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 本案為 <input type="checkbox"/> 一類案件 <input type="checkbox"/> 二類案件 <input type="checkbox"/> 三類案件 擬由手語翻譯員 _____ 前往支援。 |
| <input type="checkbox"/> 本案因 _____ 不符相關規定，故不予派案。                                                                                           |
| 承辦人員 _____ 督 導 _____                                                                                                                       |

立案字號:府社行字第 99086、會址:302 新竹縣竹北市縣政七街 3 號 行政人員:沈小姐 電話:0800-668-311  
傳真:0800-668-211 手機/簡訊:0978-172-677(申訴專線) E-mail: [hcg.angel@gmail.com](mailto:hcg.angel@gmail.com)



## 新竹縣政府委託社團法人新竹縣天使之音協會辦理 新竹縣 113 年度手語翻譯暨聽打服務方案 聽 打 服 務 申 請 表

\*申請人(單位)相關資料

案 號： \_\_\_\_\_

|                  |        |                                                                                                                                                                    |                  |      |                                                                                                                                                                  |
|------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 個<br>人<br>申<br>請 | 申請者姓名  | _____                                                                                                                                                              | 單<br>位<br>申<br>請 | 單位全名 | _____                                                                                                                                                            |
|                  | 戶籍地    | _____                                                                                                                                                              |                  | 聯絡人  | _____                                                                                                                                                            |
|                  | 聯絡方式   | <input type="checkbox"/> 簡訊：<br><input type="checkbox"/> 傳真：<br><input type="checkbox"/> Line：<br><input type="checkbox"/> E-mail：<br><input type="checkbox"/> 其他： |                  | 聯絡方式 | <input type="checkbox"/> 手機：<br><input type="checkbox"/> 電話：<br><input type="checkbox"/> 傳真：<br><input type="checkbox"/> E-mail：<br><input type="checkbox"/> 其他： |
|                  | 輔具配戴狀況 | <input type="checkbox"/> 助聽器 <input type="checkbox"/> 電子耳 <input type="checkbox"/> 無                                                                               |                  | 溝通習慣 | <input type="checkbox"/> 自然手語 <input type="checkbox"/> 中文式手語<br><input type="checkbox"/> 口語+手語 <input type="checkbox"/> 其他_____                                  |

\*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                                                                                                                                                              | 星期： | _____ |
| 辦理活動單位 | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 活動名稱       | _____                                                                                                                                                                                            |     |       |
| 服務人數   | 全部(聽語障者+聽人)：共計 _____ 人，聽障者：共計 _____ 人。                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                  |     |       |
| 申請服務事由 | <input type="checkbox"/> 政府機關之會議、洽辦事務或陳情、申訴等。<br><input type="checkbox"/> 非營利組織召開之會議、講座。<br><input type="checkbox"/> 就學相關活動，如：親師座談會、家長會或學校日、個人成長進修課程等活動。<br><input type="checkbox"/> 社工員訪視、輔導案件、ICF 需求評估及心理諮商輔導。<br><input type="checkbox"/> 社會參與活動，如：演講、社區大學課程、劇場表演、休閒競賽...等<br><input type="checkbox"/> 其他 _____ |            |                                                                                                                                                                                                  |     |       |
| 申請服務地點 | _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 提供設備 (申請方) | <input type="checkbox"/> 電腦( <input type="checkbox"/> 桌上型 <input type="checkbox"/> 筆記型)<br><input type="checkbox"/> 投影機(含投影幕) <input type="checkbox"/> 電腦螢幕<br><input type="checkbox"/> 其他 _____ |     |       |
| 檢附文件   | <input type="checkbox"/> 個人申請：應檢附身心障礙證明影印本<br><input type="checkbox"/> 活動、會議、課程相關資料<br><input type="checkbox"/> 活動簡章(含流程)                                                                                                                                                                                          |            |                                                                                                                                                                                                  |     |       |
|        | <input type="checkbox"/> 單位申請：應檢附聽障者名冊以及單位立案證書影本<br><input type="checkbox"/> 開會通知單(含會議流程)<br><input type="checkbox"/> 其他： _____                                                                                                                                                                                    |            |                                                                                                                                                                                                  |     |       |

身心障礙手冊（證明）影本正面黏貼處

身心障礙手冊（證明）影本反面黏貼處

申請單位  
蓋章

備註

本人已詳讀並保證本申請表所填寫內容以及  
受服務之聽語障者」將準時出席，若臨時  
立書人/單位：

並同意「不得指定手語翻譯員」；本人保證所填「接  
出，如有違反 上述事項，願負一切責任。  
（機構章）申請日期： 年 月 日

\*單位審核

本案擬由同步聽打員\_\_\_\_\_前往支援。

本案因\_\_\_\_\_不符相關規定，故不予派案。

承辦人員

督 導

立案字號：府社行字第 99086、 會址：302 新竹縣竹北市縣政七街 3 號 行政人員：沈小姐 電話：0800-668-311  
傳真：0800-668-211 手機/簡訊：0978-172-677(申訴專線) E-mail: [hcg.angel@gmail.com](mailto:hcg.angel@gmail.com)