



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： <input type="checkbox"/> 傳真： <input type="checkbox"/> Line： <input type="checkbox"/> E-mail： <input type="checkbox"/> 其他：		聯絡方式	<input type="checkbox"/> 手機： <input type="checkbox"/> 電話： <input type="checkbox"/> 傳真： <input type="checkbox"/> E-mail： <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"/> 口語+手語	<input type="checkbox"/> 中文式手語 <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： <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。 <input type="checkbox"/> 偵訊或司法訴訟，警政訊問(含報案)。 <input type="checkbox"/> 重大必要之醫療案件，如：手術、生產。 <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： <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。 <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。 <input type="checkbox"/> 法律諮詢服務。 <input type="checkbox"/> 一般醫療案件，如：門診、化療、復健、療育。 <input type="checkbox"/> 就學相關活動，如親師座談會、家長會或學校日活動。 <input type="checkbox"/> 社工員訪視、輔導案件及心理諮商輔導。 <input type="checkbox"/> ICF 需求評估。 <input type="checkbox"/> 其他：		
第三類： <input type="checkbox"/> 各政府機關洽辦事務。 <input type="checkbox"/> 一般健康檢查。 <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"/> 就醫掛號單 <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 <input type="checkbox"/> 開會通知單(含會議流程) <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		
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



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 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： <input type="checkbox"/> 傳真： <input type="checkbox"/> Line： <input type="checkbox"/> E-mail： <input type="checkbox"/> 其他：		聯絡方式	<input type="checkbox"/> 手機： <input type="checkbox"/> 電話： <input type="checkbox"/> 傳真： <input type="checkbox"/> E-mail： <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 <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。			
申請事由	<input type="checkbox"/> 政府機關之會議、洽辦事務或陳情、申訴等。 <input type="checkbox"/> 非營利組織召開之會議、講座。 <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。 <input type="checkbox"/> 社工員訪視、輔導案件、ICF 需求評估及心理諮商輔導。 <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 <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) <input type="checkbox"/> 投影機(含投影幕) <input type="checkbox"/> 電腦螢幕 <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"/> 活動、會議、課程相關資料 <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 <input type="checkbox"/> 開會通知單(含會議流程) <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

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，若臨時取消，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