臺北市政府社會局委託社團法人中華民國聽障人協會辦理

**臺北市聽語障溝通服務方案**服務申請表

一、申請者（單位）相關資料

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人 | 申請者姓名 |  | 單位 | 單位全名 |  |
| 身分證號碼 |  | 聯絡人 |  |
| 聯絡方式 | 簡訊：傳真：Line：其他： | 聯絡方式 | 手機：電話：傳真：其他： |

 二、申請服務內容

**申請類別：□手語翻譯(臺灣手語) □同步聽打(繁體中文)　（二擇一）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 服務日期(擇一填寫) | 單次申請 | 民國 年 月 日 | 服務時間 | 自時分至時分 |
| 同性質多次申請 | 請直接填寫月/日，例：1/2、1/9、1/16 | 聽語障者人數 | 共人 |
| 服務地點及地址 |  |
| 會面地點 |  |
| 服務類型 | □政府機關之會議、洽辦事務或陳情、申訴等。□非營利組織召開之會議、講座。□偵訊或司法訴訟、警政訊問（含報案）等。□法律諮詢服務。□醫療服務，如：手術、生產、門診、化療、復健、療育、一般健康檢查等。□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。□社工員訪視、輔導案件、ICF需求評估及心理諮商輔導。□社會參與活動，如：演講、社區大學課程、劇場表演、休閒競賽…等。□其他由臺北市政府社會局認定之案件。（以上服務不包括非營利組織辦理會員大會及理監事會議、內部訓練） |
| 服務方式 | □現場服務 □視訊服務 | 直播情形 | □無對外直播 □有對外直播 現場 □有□無 聽語障者 |
| 服務事由說明 |  |
| 檢附文件 | □個人申請應檢附身心障礙手冊影印本□單位申請應檢附聽障者名冊以及單位立案證書影本□就醫掛號單、批價單或藥袋□開會通知單（含會議流程） □活動簡章（含流程）□其他： |
| 提供聽打設備 | □投影機 □VGA接頭 □HDMI接頭 □其他  |
| 備註 | 本人已詳讀申請須知，且保證本申請表所填寫內容及檢附文件均屬實，並同意「不得指定聽打員/手譯員」，如有違反上述事項，願負一切責任。立書人簽名：　　　　　　 |

臺北市政府社會局委託社團法人中華民國聽障人協會辦理

**臺北市聽語障溝通服務方案**服務附件

|  |  |
| --- | --- |
| 【說明】：1.單位申請者：請蓋申請單位戳印2.個人申請者：請務必檢附身心障礙證明或手冊正反面影本乙份（身心障礙證明或手冊正面影本） | （身心障礙證明或手冊反面影本）（或蓋申請單位戳印） |
| （身心障礙證明或手冊正面影本） | （身心障礙證明或手冊反面影本）（或蓋申請單位戳印） |
| 填表日期：　　年　　月　　日 |

單位：社團法人中華民國聽障人協會 會址：11167 台北市士林區承德路四段58巷10弄6號1樓

行政人員：黃小姐、李小姐 電話：0800-365-224 傳真：0800-365-624

手機／簡訊：0963-047-723 e-mail：cnad002@gmail.com

線上申辦系統：https://www.theme.gov.taipei/sign2hear/

本會網址：http://www.cnad.org.tw 申訴專線：0978-322023