屏東縣手語翻譯暨同步聽打服務窗口

「手語翻譯服務」申請表

＊粗框部分由本會填寫

案號：

＊申請人相關資料　　申請日期：　　年　　月　　日

個人	申請者姓名		單位	單位全名	
	身分證號碼			聯絡人	
	戶籍地	□屏東縣＿＿＿＿市、鄉 □其他＿＿＿＿縣、市		聯絡方式	□電話：＿＿＿＿ □手機：＿＿＿＿ □傳真：＿＿＿＿ □其他：＿＿＿＿
	聯絡方式	□簡訊：＿＿＿＿ □傳真：＿＿＿＿ □LINE ID：＿＿＿＿ □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	地點及地址		
	交通資訊	公車＿＿＿＿路、線、號＿＿＿＿站，其他＿＿＿＿	
服務人數	聽語障者	手語習慣	□自然手語　□中文式手語　□口語+手語 □不清楚是自然手語或中文式手語　□其他＿＿＿＿
	共　　人		
申請服務事由	□法律諮詢服務。 □偵訊或司法訴訟。 □重大醫療案件，如：手術、生產　□一般醫療案件，如：門診、化療、復健、健檢 □就學相關活動，如：親師座談會、家長會或學校辦理之活動。 □與各政府機關洽辦事一般諮詢或申辦、報案案件及陳情、申訴、檢舉、走失案件。 □政府機關及非營利組織召開非屬政府機關召開之重大會議，如：協調會、記者會。 □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、等。 □每日下午 5 點至翌日早上 8 點間緊急、臨時突發性案件。 □其他：＿＿＿＿	□社工員訪視、輔導案件及心理諮商輔導。 □社會參與展覽、演講、參訪及成長性課程。	
檢附文件	□個人申請應檢附身心障礙手冊影印本　□開會通知單(含會議流程) □就醫掛號單、批價單或藥袋　□活動簡章(含流程) □單位申請應檢附聽障者名冊以及單位立案證書影本　□其他：＿＿＿＿ **※以上服務皆可選擇同步聽打服務，請另填申請表**		

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：

(簽名或蓋章，單位申請需加蓋機構章)

□本案擬由＿＿＿＿手語翻譯員前往服務。

□本案因＿＿＿＿，已轉介至＿＿＿＿派員協助。

□本案因＿＿＿＿不符規定，故不予派案。

機構主管簽章：＿＿＿＿　　經辦人員簽章：＿＿＿＿

立業字號：屏府社政換字第 1000094737 號　　會址：900 屏東市建豐路 180 巷 35 號 1 樓
電話：(08)737-2174　　傳真：(08)735-4930　　手機簡訊: 0979-812-665
E-mail：a7354930@yahoo.com.tw

註：領有身心障礙手冊或證明之聽、語障者皆可申請(無戶籍限制)