

宜蘭縣政府委託中華民國聾人協會辦理  
手語翻譯暨同步聽打服務申請須知

(申請前請詳閱本須知。本須知無須與申請表一起回傳至本會。)

### 壹、申請方式

- 一、一般案件：申請人應檢具申請書、身心障礙證明及相關文件（如：門診掛號單、研習課程表、開會通知單等）於5個工作天前向本會提出申請，本會受理申請後即進行審核，並將審核結果通知申請人。
- 二、緊急案件：警政、司法、醫療急診等夜間緊急或臨時性需要，可隨時提出申請。

### 貳、服務對象

- 機關或單位：宜蘭縣政府各機關、宜蘭縣各區公所、警政司法機關、各級學校、醫療院所、非營利組織等公共服務單位。
- 個人：持有身心障礙證明，障礙類別屬聽語障(身心障礙證明類別為第一或三類且 ICD 診斷欄位註記為【04】或第二類且 ICD 診斷欄位註記為【02】)或併聽語障之多重障礙者。

### 參、服務內容

- 一、政府機關相關業務事項之手語翻譯及同步聽打服務。
- 二、民間立案非營利團體辦理各項對外公開未收費之活動、研習、會議。
- 三、受理警政或法務偵查、交通事故處理、獄所等或夜間緊急、臨時性事務等其他需求提供即時性服務。
- 四、政府機關或受政府委託之民間單位辦理之媒介就業服務如面試。
- 五、醫療院所之門診、健檢、復健及療育。
- 六、學校辦理之親師座談會、返校日等就學會議活動。
- 七、手語視訊諮詢服務：僅提供諮詢服務需求者有設備連結視訊服務。諮詢服務內容為協助醫療院所預約掛號、身心障礙者各項福利諮詢。使用時間每人以 15 分鐘為原則，特殊情況除外。
- 八、一般在校求學課程、就業相關之在職訓練及職業訓練等課程非屬本計畫之服務範圍且本服務不提供長期服務(連續週期達 1 個月)申請，及不提供非營利組織、私人商業利益及團體之理監事會議、會員大會、內部會議及訓練等。
- 九、其他經社會處認定可供服務者。

### 肆、服務地點

宜蘭縣

### 伍、注意事項

- 一、申請者（單位）若因緊急事故需取消或變更服務時間及地點，請在原申請服務時間 24 小時前通知本會，以避免服務人員徒勞往返及浪費資源。
- 二、申請者（單位）於服務結束後兩日內回傳滿意度調查表。
- 三、申請者（單位）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時，請洽本會承辦人員協商，切勿自行要求手語翻譯員或聽打員留駐，以免影響其個人行程及本會作業。
- 四、同一申請案原則上指派 1 位手語翻譯員或聽打服務員提供服務，如同一活動（會議）場合已有主辦單位申請服務，將以主辦單位申請為主，不再重複派員。活動時間兩個小時以上，行政窗口將視狀況派遣兩名手譯或聽打員前往服務。
- 五、同一申請案（同一活動、會議場合）有 2 名以上聽語障者提出申請，原則上將併案處理；惟 2 名以上聽語障者分別有手語翻譯及聽打服務之不同需求，始可個別派遣服務人員。
- 六、本方案主旨在於提供聽語障者現場溝通無礙、資訊接收充足，而非提供筆記抄寫或會議紀錄人員，原則上不提供聽打檔案。
- 七、考量公有資源有限，若申請者（單位）未依前 1、2、3 項規定時限辦理申請、取消、變更或繳回表件，本會將通知申請者（單位），提醒珍惜公共資源，以免影響日後之申請。
- 八、本服務案申請原則上申請者（單位）不需付費，由本會依衛福部規定標準給付服務費用；惟各級政府機關、民營企業等單位，由其給付手語翻譯員或聽打員服務費用，另若申請單位已編列通譯費用者應先支用。
- 九、手語翻譯服務提供時間為 24 小時；聽打服務原則上服務時間以上午 8 時至晚間 8 時為服務時間，惟單位可以依人力調度情況，以實際狀況來提供服務。
- 十、如因天候或災害事故，經宜蘭縣政府公告停止上班日，同步配合停止服務（緊急案件不受此限）。
- 十一、為了解本服務執行情形，本會人員將不定期至申請服務案現場進行訪視。

手語翻譯暨同步聽打服務申請表

案號：(請勿自行填寫)

|          |      |          |
|----------|------|----------|
| 申請者／單位名稱 | 聯絡方式 | 電話：      |
| 現場聯絡人及職稱 |      | 手機：      |
|          |      | Line ID： |
|          |      | E-mail：  |

|   |  |      |  |
|---|--|------|--|
| 服務日期  | 民國 年 月 日(星期 )  | 服務時間 | 自 時 分<br>至 時 分   |
| 服務地點及地址   |  | 申請項目 | <input type="checkbox"/> 手語翻譯<br><input type="checkbox"/> 同步聽打   |
| 服務事由  |  | 對外直播 | <input type="checkbox"/> 有對外直播<br><input type="checkbox"/> 無對外直播 |
| 服務類別  | <input type="checkbox"/> 政府機關之重大會議、政策說明或重大訊息發布等。<br><input type="checkbox"/> 社會參與活動，如：講座、對外公開不收費之活動、未涉商業利益之課程或非營利組織召開之會議。<br><input type="checkbox"/> 偵訊或司法訴訟、警政訊問(含報案)、法律諮詢服務等。<br><input type="checkbox"/> 醫療服務，如：手術、生產、門診、化療、復健、療育、一般健康檢查等。<br><input type="checkbox"/> 就學相關活動，如：親師座談會、家長會、社區大學等。<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"/> 至政府機關辦理一般性事務之臨櫃服務。<br><input type="checkbox"/> 勞工處或公立就業服務中心(站)媒合之人事徵選面試(談)。<br>(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)<br><input type="checkbox"/> 自編預算，煩請媒合人力 |      |  |
| 服務人數  | 全部(聽障者+聽人)：共計__人。聽障者：男__人，女__人；共計__人。<br>聽障者溝通習慣： <input type="checkbox"/> 自然手語 <input type="checkbox"/> 中文手語 <input type="checkbox"/> 口語+手語 <input type="checkbox"/> 只會口語 <input type="checkbox"/> 其他__   |      |  |
| 提供聽打設備  | <input type="checkbox"/> 桌椅(桌__張，椅__張) <input type="checkbox"/> 投影機及投影幕(轉接線電腦端端子： <input type="checkbox"/> VGA <input type="checkbox"/> HDMI)<br><input type="checkbox"/> 電腦( <input type="checkbox"/> 桌上型 <input type="checkbox"/> 筆記型) <input type="checkbox"/> 延長線 <input type="checkbox"/> 其他__  |      |  |
| 檢附文件  | 【說明】：<br>1.單位申請者：請蓋申請單位戳印<br>2.個人申請者：請務必檢附身心障礙證明正反面影本乙份<br><br>(身心障礙證明正面影本) <span style="float:right">(身心障礙證明反面影本)</span><br><span style="float:right">(或蓋申請單位戳印)</span>   |      |  |
|   | <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、批價單或藥袋 <input type="checkbox"/> 開會通知單(含會議流程) <input type="checkbox"/> 活動簡章(含流程)<br><input type="checkbox"/> 其他__   |      |  |
| 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」、聽打檔案不予提供，如有違反上述事項，願負一切責任。<br>填表日期：__年__月__日 立書人簽名：_____ |  |      |  |
| 派案結果  | <input type="checkbox"/> 受理，本案為__級案件，擬由手語翻譯員/同步聽打員_____前往服務。<br>(請勿自行填寫) <input type="checkbox"/> 本案因_____故不受理，另行轉介/媒合。  |      |  |

yilanst

E-mail : [yilanst@nad.org.tw](mailto:yilanst@nad.org.tw) 申訴專線：02-2552-3082 申訴傳真：02-2552-3076