

宜蘭縣手語翻譯服務申請作業規定

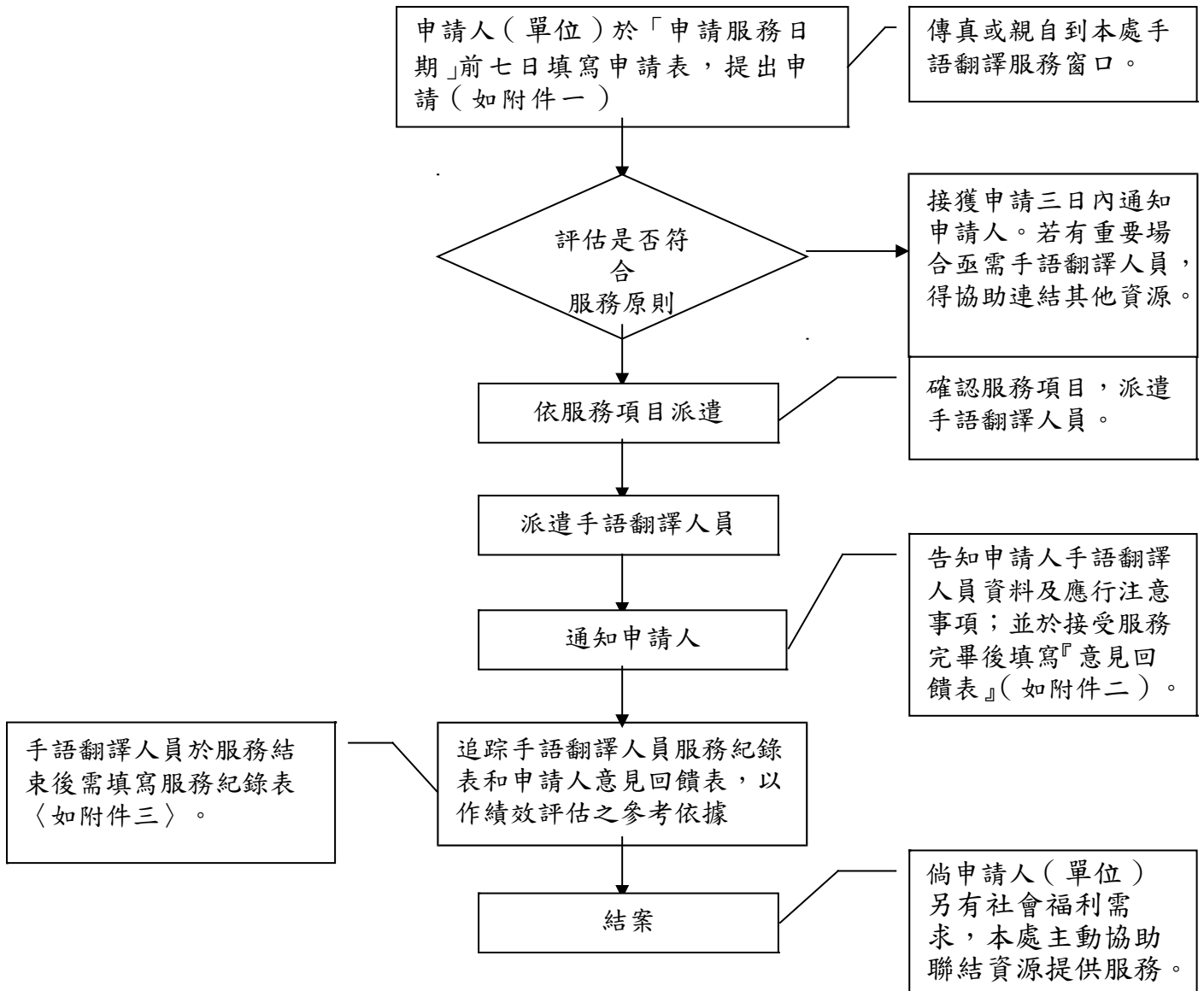
中華民國 98 年 4 月 7 日府社福字第 0980048305 號函頒實施

中華民國 99 年 3 月 26 日府社老障字第 0990042826 號函頒修正

- 一、宜蘭縣政府(以下簡稱本府)提供聽語障者簡易手語翻譯服務(以下簡稱手語翻譯)建置無障礙溝通環境，特依身心障礙者權益保障法第六十一條第一項規定訂定本規定。
- 二、具備下列各款身分者，得於活動七日前檢附會議或活動等相關資料，並填寫申請表(如附件一)，向本府社會處(以下簡稱本處)申請手語翻譯。
 - (一)設籍並居住本縣或工作地點於本縣之聽(語)障礙者或併聽(語)障之多重障礙者(須檢附身心障礙者手冊影本)。
 - (二)本縣轄內之司法機關、各級學校、勞政(就業)、醫院、警政、獄政、戶政、民政、地政、新聞、體育等公共服務單位。
 - (三)本縣轄內社會福利機關(構)團體及其他亟需手語翻譯支援之單位。
- 三、手語翻譯依下列項目及方式提供服務：
 - (一)駐點及外展服務：
 1. 提供手語翻譯諮詢服務。
 2. 負責手語翻譯相關行政業務及調度手語翻譯員。
 3. 提供一般性案件(簡易溝通及面談之工作徵選)之手語翻譯服務。
 - (二)培訓及宣導：
 1. 規劃及辦理手語翻譯服務人員教育訓練。
 2. 辦理相關宣導活動。
- 四、受理申請作業依下列規定辦理：
 - (一)服務時間：
 1. 駐點服務：星期一至星期五上午八時三十分至下午五時三十分。
 2. 外展服務：星期一至星期五上午八時三十分至下午五時三十分。
 - (二)服務地區：以宜蘭縣為限。
 1. 駐點服務：宜蘭縣政府社會處—社會福利館(宜蘭市同慶街九十五號)。
 2. 外展服務：依申請地點而定。
 - (三)申請人或單位應於活動前七日提出申請，本處應於接獲申請三日內回覆申請結果，若申請服務項目內容有任何變動，應提前告知本處(至遲於原申請服務時間前一工作天通知)。
 - (四)長期、涉有商業利益或行為及機構、團體內部會議之申請，本處不予受理。
 - (五)服務結束申請人(單位)應填寫「手語翻譯服務意見回饋表」(如附件二)，手

語翻譯人員則應填寫「個案服務紀錄表」(如附件三)，一併繳交本處存檔錄案。

五、手語翻譯服務申請流程：



六、本規定奉縣長核定後實施,修正時亦同。

【附件一】 宜蘭縣手語翻譯服務申請表

申請人 或 申請單位		身分證 號碼		聯絡 方式	<input type="checkbox"/> 電話：				
					<input type="checkbox"/> 傳真：				
					<input type="checkbox"/> 手機：				
現場 聯絡人		職稱		行動 電話					
E-Mail				MSN					
服務 日期	自	年	月	日 (星期)	服務 時間	自	午	時	分
	至	年	月	日 (星期)		至	午	時	分
聽語障 者姓名				行動電話					
服 務 事 由									
服 務 地 點	(請詳填服務地點地址)								
服 務 地 點 交 資 通 訊	(請提供明顯地標等服務地點相關資訊)								
服 務 人 數	全部： 人； 聽障： 人。								
<p>【說明】：</p> <p>1.單位申請者：請蓋申請單位戳印</p> <p>2.個人申請者：請附身心障礙手冊正反面影本乙份</p> <p>(身心障礙手冊正面影本)</p>					<p>● 本案由手語翻譯人員_____前往支援。</p> <p>● 本案不符本處規定，故不予派案。原因：</p>				
<p>(身心障礙手冊反面影本)</p> <p>(或蓋申請單位戳印)</p>									
					社會處簽章				

填表日期： 年 月 日	備註： 粗框內為本單位審核欄，申 請單位請勿填寫，謝謝！	案號：
-------------	------------------------------------	-----

【備註】：

宜蘭縣政府社會處電話：03-9328822 轉 360 傳真：03-9325004(傳真後請來電確認)

【附件二】宜蘭縣手語翻譯服務意見回饋表

敬啟者～

您好！很高興有機會為您提供手語翻譯服務，為了讓我們未來可以帶給您更好的服務品質，請您花幾分鐘的時間為我們填寫以下的問題並回傳給我們，若有其他疑問也歡迎來電：03-9328822 轉 360 或傳真至：03-9325004 詢問。謝謝您！

以下聽語障朋友的**基本資料**僅作為未來本處有相關福利措施、訊息時通知使用，本處會予以保密，若您不願意填寫的欄位，請自行略過，跳至**本次服務相關問題**繼續填寫！

聽語障朋友基本資料：

姓名		生日	年 月 日	手	機
傳真	(家裡)	(公司)		E-mail	
通訊地址	郵遞區號 □□□				

申請單位資料：

單位名稱： 聯絡人： 聯絡電話：

◎本次服務相關問題：

✍請問您這次接受手語翻譯服務的日期及時間是_____年_____月_____日（星期_____）

_____時_____分～_____時_____分；手譯員名字：

✍請問您這次服務手語翻譯人員到場的時間是否準時？

提早，約_____分鐘 準時 遲到，約_____分鐘

✍請問您覺得這次翻譯人員手語表達程度如何？

非常清楚 清楚 尚可 不清楚 完全不懂

✍請問您覺得這次翻譯人員的衣服穿著讓您看手語有沒有清楚？

穿得很適合，看起來非常清楚 還好，勉強可接受 穿得太花或顏色不對，看不清楚或看了很累

✍請問您覺得這次翻譯人員站或坐的位置對您看手語的感覺如何？

很適當，非常清楚 還好，偶而被擋到會不清楚 位置不對，看不清楚

✍請問您覺得這次翻譯人員的服務態度如何？

非常好 不錯 尚可 沒意見 不好（請略作說明）_____

✍請問您對這次手語翻譯服務整體的服務滿意度會給幾分？

5分 4分 3分 2分 1分

✍請問您由哪裡知道我們有提供手語翻譯服務的訊息？〈本題可重複選〉

聾人社團（請註明社團名稱）：_____ 學校 朋友

網站（請註明網站名稱）：_____ 其他_____

✎請問您覺得這次的申請過程及行政人員態度、解說清楚嗎？〈本題可重複選〉

申請程序很方便 申請程序有點複雜 申請程序不方便

行政人員態度良好、解說清楚 行政人員態度不好、解說不清楚

我覺得可以繼續保持或改進的是_____

✎若您有其他意見我們忽略了，請您填寫在下面，謝謝您！

意見填寫： 無

有：_____

內容若有不清楚處，可以請手語翻譯人員為您解釋，為避免尷尬，並請於手譯員離去後再開始作答！

【附件三】宜蘭縣手語翻譯服務紀錄表

申請人：

案號：

日期	年 月 日	起 迄 時 間	自 至 午 午	時 分 時 分
手語翻譯 人 員		地 點		
申請事由	<input type="checkbox"/> 社會福利 <input type="checkbox"/> 司法 <input type="checkbox"/> 就醫 <input type="checkbox"/> 就學 <input type="checkbox"/> 就業 <input type="checkbox"/> 其他			
服務過程：				

建議事項：

1. 對本翻譯案建議事項（或延續性翻譯案提醒）：

2. 其他建議事項：

手語翻譯服務人員：

業務承辦人：

科長：

副處長：

處長：