

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須知

壹、申請方式

一、一般案件：申請人應檢具申請書、身心障礙手冊及相關文件於3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，窗口受理時間為平日上午8時至下午8時。

二、假日或夜間緊急案件：臨時性需要，由醫院或警局自行從社會局提供之名單中聯絡手語翻譯員，並於服務後二日內補傳申請表至協會。

貳、申請及諮詢專線

免付費電話：0800-365-224

免付費傳真：0800-365-624

手機／簡訊：0963-047723

E-mail：cnad002@gmail.com

申訴專線：0978-322023

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

會址：臺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

參、服務對象

個人：持有核（換）發或註記之身心障礙手冊（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。

單位：臺北市內各級政府機關、醫療院所、學校或立案之非營利組織。

肆、服務內容

一、政府機關之會議、洽辦事務或陳情、申訴等。

二、非營利組織召開之會議。

三、偵訊或司法訴訟、警政訊問（含報案）等。

四、法律諮詢服務。

五、醫療服務，如：手術、生產、門診、化療、復健、療育、一般健康檢查等。

- 六、就學相關活動，如：親師座談會、家長會或學校日活動等。
- 七、社工員訪視、輔導案件、ICF 需求評估及心理諮商輔導。
- 八、社會參與活動，如：展覽或活動參訪（配有導覽且須對外公開不收費之活動）、講座及社區大學課程等未涉及私人商業利益之活動。
- 九、其他由臺北市政府社會局認定之案件。
- 十、每日晚間10點至翌日早上7點間緊急、臨時突發性案件。
（以上服務不包括非營利組織辦理會員大會及理監事會議、內部訓練或休閒活動，公私立大專校院資源教室課程、會議或活動。）

伍、服務地點

- 一、臺北市轄內，若設籍本市之聽語障者需至外縣市政府機關接洽事務，則視人力調度情形可擴大至新北市。
- 二、聽語障者至外縣市接洽之事務若涉及「臺北市政府提供聽語功能障礙者參與公共事務手語翻譯服務辦法」第3條所定之服務範圍時^(註1)，由該縣市政府依法提供。

陸、注意事項

- 一、設籍本市申請者（單位）每月申請服務案合計最高補助使用30小時（24小時手語翻譯服務及同步聽打服務時數併計），非設籍本市之聽語障民眾每人每月最高申請時數10小時，且補助時數為手語翻譯服務及同步聽打服務併計。
- 二、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。
- 三、申請者（單位）於服務結束後兩日內至線上系統登打「服務滿意度調查表」或填寫書面表格並回傳。
- 四、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同步聽打員留駐，以免影響其個人行程及本會作業。
- 五、本方案無償提供聽語障者手語翻譯與同步聽打服務，以維護其參與公共事務之權利，為將有限資源做最大利用，若申請者（單位）未依前二、三、四項規定辦理申請、取消、變更與繳回表件或遲到，將針對遲到三十分鐘內者、遲到超

過三十分鐘者及無故未到者加以記錄，請申請人愛惜公共資源，遵守本須知相關規定，申請人如有違犯上述規定者，本會將對日後之申請案酌予限制；且基於公有資源的分配，恕無法指定手語翻譯員／同步聽打員。

- 六、同一申請案原則上指派一位手語翻譯員或同步聽打員提供服務，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語翻譯員／同步聽打員前往服務。
- 七、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，原則上指派一種服務人員提供服務；惟二名以上聽語障者分別有手語翻譯及同步聽打之不同需求，始可各別派遣服務人員。
- 八、同步聽打員非筆記抄寫或會議記錄人員，如有不當申請及使用服務之情形，經查證屬實，將不再提供申請者（單位）聽打服務。
- 九、各式聽打案(含移動式聽打)僅提供媒合同步聽打員進行服務，如需投影其聽打內容建請申請者（單位）自行準備相關設備，待未來本會可依設備調度情況，以實際狀況來提供服務。
- 十、聽打內容僅為服務現場溝通使用，並非留存紀錄，服務後不另提供聽打稿。
- 十一、窗口受理時間為平日上午八點到下午八點，手語翻譯服務提供時間為24小時；同步聽打服務原則上服務時間以上午八時至晚間十時為服務時間，惟單位可以依人力調度情況，以實際狀況來提供服務。

十二、提出申請不代表成功媒合，審核後續事宜將以電子郵件或由專責人員通知。

若媒合成功且資料填寫完整者將由系統統一發送簡訊通知。

註1：本辦法所定溝通服務之服務範圍如下：

- 一、政府機關辦理之公聽會、說明會、記者會、公辦政見發表會、協調會及服務活動。
- 二、依法設立之團體辦理之公益慈善活動。
- 三、其他經社會局認定與公共事務參與有關之活動。

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

申請項目：手語翻譯 聽打 (二擇一在打勾)

服務日期	單次申請	民國	年	月	日	服務時間	自	時	分	
(擇一填寫)	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	溝通習慣	<input type="checkbox"/> 台灣手語 <input type="checkbox"/> 口語+手語 <input type="checkbox"/> 只會口語 <input type="checkbox"/> 其他							
服務地點及地址										
交通資訊	捷運 站，公車 路 站，其他：									
服務事由	<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"/> 偵訊或司法訴訟、警政訊問(含報案)等。 <input type="checkbox"/> 法律諮詢服務。 <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。 <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)									
服務事由 說明										
直播情形	<input type="checkbox"/> 無對外直播 <input type="checkbox"/> 有對外直播 (<input type="checkbox"/> 現場有聽語障者 <input type="checkbox"/> 現場無聽語障者)									
檢附文件	<input type="checkbox"/> 個人申請應檢附身心障礙手冊影印本 <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"/> 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) <input type="checkbox"/> 其他：									
服務 人數	全部(聽障者+聽人)：共計 人			聽障者：共計 人			提 設	供 備	<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"/> 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：
注意事項	提出申請不代表成功媒合，審核後續事宜將以電子郵件或由專責人員通知。若媒合成功且資料填寫完整者將由系統統一發送簡訊通知。

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

<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：請務必檢附身心障礙證明或手冊正反面影本乙份</p> <p style="text-align: center;">(身心障礙證明或手冊正面影本)</p>	<p style="text-align: center;">(身心障礙證明或手冊反面影本) (或蓋申請單位戳印)</p>
<p style="text-align: center;">(身心障礙證明或手冊正面影本)</p>	<p style="text-align: center;">(身心障礙證明或手冊反面影本) (或蓋申請單位戳印)</p>
<p>填表日期： 年 月 日</p>	

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

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滿意度調查表

敬啟者：

您好，非常高興有機會能為您提供此次手譯/聽打服務，為提升及改善服務品質，請您撥冗幾分鐘填寫以下的「服務滿意度調查」並於服務結束後於兩日內回傳本會，感謝您提供寶貴意見，若有其它問題也歡迎來電詢問

一、基本資料：

申請者 (單位)	聯絡電話	
	E-mail	

二、本次服務資料：(請填寫本次實際服務狀況)

服務日期	民國 年 月 日	手譯員/聽打員 姓名	
服務時間	自 時 分 至 時 分	已自行付費	<input type="checkbox"/> 是_____元， <input type="checkbox"/> 否
從何處獲得手譯/聽打服務訊息：			
<input type="checkbox"/> 政府機關_____ <input type="checkbox"/> 聽障團體_____ <input type="checkbox"/> 親友告知 <input type="checkbox"/> 網路_____ (請註明網站名稱) <input type="checkbox"/> 其他			

三、服務滿意表：

服務項目	滿意度	非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意
申請手譯/聽打過程：						
對於行政人員說明服務流程		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
對於行政人員的服務態度		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
對於行政人員的派案效率		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手譯/聽打服務過程：						
對於手譯/聽打的服務態度		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
對於手譯/聽打派案到場準時性		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
對於手譯手語能力/聽打員準確性		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
對於手譯聽打的服裝儀容		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其他意見：						

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

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申訴表

案號：_____

申訴者姓名		申訴對象	
申訴日期	民國 年 月 日		
申訴事由			

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