

新竹市聽語障者資源服務--手語翻譯服務

～ 申請須知 ～

壹、主辦單位：新竹市政府

承辦單位：中華民國聾人協會

貳、服務對象：

一、新竹市各級公共服務或事業單位。

二、新竹市社會福利機關(構)團體。

三、聽語障礙者或合併聽、語障之多重障礙者及其家屬。

參、受理申請時間：週一至週五 8:30-5:30 (夜間警政、司法翻譯服務得不受限)

肆、申請單位配合事項：

一、案件申請以服務日期前十個工作天提出申請，並檢附相關文件。

二、申請單位(人)因有任何變動，需取消或變更服務時間，至遲請於原申請服務時間前一工作天，通知手語翻譯服務派遣窗口，避免翻譯人員徒勞往返。

三、申請單位(人)於接受服務完成後，請務必填寫【意見回饋表】，並於三日內回傳或 E-mail 至手語翻譯服務派遣窗口。

伍、注意事項：

一、本項服務以免費為原則，申請單位已編列通譯費用者應先支用

二、服務人力資源有限，若申請單位(人)未依前述規定辦理申請、取消、變更或逾時、未繳回【意見回饋表】等達三次以上，本會就其日後申請將酌予限制。

三、若對於服務申請或手語翻譯服務過程有疑義處，可向手語翻譯服務派遣窗口或新竹市政府社會處提出申訴(03) 535-2133 傳真:(03) 03-5351509

四、手語翻譯服務申請及新竹市聽語障者資源服務諮詢可洽：

◎免付費電話專線：0800-365-330

◎免付費傳真專線：0800-365-335

◎手機服務專線：0921-420537

◎Email：Hccg0800365330@gmail.com LINE(諮詢)ID: Hccg0800365330



陸、服務表件請逕至本會網頁下載使用。(http://www.nad.org.tw)

新竹市聽語障者資源服務--手語翻譯服務

~ 申請表 ~

收件日期:

案件編號:

申請人／ 申請單位	聯絡方式 (請詳填)		<input type="checkbox"/> 電話：_____ <input type="checkbox"/> 傳真：_____ <input type="checkbox"/> 手機：_____ <input type="checkbox"/> E-mail：_____	
服務現場 聯絡人	<input type="checkbox"/> 同申請人 <input type="checkbox"/> 非申請人，姓名：_____ 職稱：_____ 聯絡電話/手機：_____			
服務日期	單次申請	自_____年____月____日(星期_____)		服 務 時 間 自__時__分至__時__分
	同性質 多次申請			
服務事由				
服務地點	地址：_____ 其它：_____ ☆請註明地址及交通資訊，例如明顯地標、大眾交通工具搭乘方式等			
服務人數	全部_____人 聽障者_____人	慣用手語型態 (可複選)	<input type="checkbox"/> 自然手語 <input type="checkbox"/> 文字手語 <input type="checkbox"/> 手語+唇語 <input type="checkbox"/> 不清楚	
附件資料	<input type="checkbox"/> 身心障礙證明(手冊)正反面影本 <input type="checkbox"/> 單位戳印(單位申請) <input type="checkbox"/> 活動、會議、課程相關資料 <input type="checkbox"/> 其他_____			
身心障礙手冊影本正面黏貼處		身心障礙手冊影本反面黏貼處		
單 位 申 請 請 蓋 單 位 戳 印				
# 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，並同意本中心將所檢附資料查調相關戶籍、身心障礙、就診掛號記錄等相關資料及不得指定手語翻譯員，如有違反上述事項，願負一切責任。 # 本表所蒐集之個人資料，將僅作為個案研習、資源連結之用並遵守個人資料保護法相關規定，保障您的個人資料。				
申請審核 & 回覆欄	<input type="checkbox"/> 受理，本案為 <input type="checkbox"/> 甲 <input type="checkbox"/> 乙 <input type="checkbox"/> 丙 級案件，擬由手語翻譯員_____前往服務。 <input type="checkbox"/> 本案不符規定，故 <input type="checkbox"/> 轉介 <input type="checkbox"/> 資源連結 <input type="checkbox"/> 不受理，原因：_____ 行政人員簽章：_____ 督導簽章：_____			
備 註	服務對象： <input type="checkbox"/> 單位 (<input type="checkbox"/> 新竹市 <input type="checkbox"/> _____)		派案聯繫紀錄：	
		<input type="checkbox"/> 個人 (<input type="checkbox"/> 新竹市 <input type="checkbox"/> 外縣市)		

- 請填具「申請表」並檢附相關文件，以傳真或 MAIL 至手語翻譯服務派遣窗口並進行確認。
- 免付費專線 0800-365-330 免付費傳真:0800-365-335 電子郵件:Hccg0800365330@gmail.com

新竹市聽語障者資源服務--手語翻譯服務

～ 意見回饋表 ～

案件編號：_____

您好！歡迎您使用新竹市聽語障者資源服務計畫-手語翻譯服務，為能帶給您更好的服務品質，請您花幾分鐘的時間填寫以下的問題並於服務結束後三日內回傳給我們，中華民國聾人協會謝謝您!!

◎回覆及聯絡方式：

傳真 0800-365-335

電子郵件: Hccg0800365330@gmail.com

電話 0800-365-330

申請人／單位全銜：_____ 填表日期：_____

實際服務日期：_____年_____月_____日（星期_____）_____時_____分～_____時_____分

本次服務時否給付翻譯費用：否 是，金額

本次服務手譯員是否穿著制服背心或配戴識別證：是 否

【本次服務相關問題】

1. 請問您覺得這次翻譯員手語表達程度如何？

5 非常清楚😊😊 4 清楚😊 3 尚可👉 2 不清楚😐 1 完全看不懂😞

2. 請問您覺得這次翻譯員的衣服穿著讓您看手語有沒有清楚？

5 非常清楚😊😊 4 清楚😊 3 尚可👉 2 不清楚😐 1 完全看不懂😞

3. 請問您覺得這次翻譯員站或坐的位置對您看手語的感覺如何？

5 非常清楚😊😊 4 清楚😊 3 尚可👉 2 不清楚😐 1 完全看不懂😞

4. 請問您覺得這次翻譯員的服務態度如何？

5 非常好😊😊 4 很好😊 3 尚可👉 2 沒意見😐 1 不好😞

5. 請問您這次服務翻譯員到場的時分是否準時？

提早，約_____分鐘 準時 遲到，約_____分鐘

6. 請問您對這次翻譯服務整體的服務是否滿意？

5 非常滿意😊😊 4 滿意😊 3 普通👉 2 不滿意😐 1 非常不滿意😞

7. 請問您覺得這次服務的申請程序方便嗎？

申請程序很方便😊 申請程序有點複雜😐 申請程序不方便😞 _____

8. 請問您覺得這次服務的申請過程中，行政人員態度如何？

行政人員態度良好、解說清楚😊 行政人員態度還可以，解說有點難懂😐
行政人員態度不好、解說不清楚😞

9. 其它：_____