

新竹市手語資源服務--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、服務地點：
- 一、以新竹市(縣)為限，如有特殊情形須至外縣市服務時，得經評估決定之。
 - 二、非設籍本市之申請人或外縣市申請單位：以新竹市為限。
- 肆、服務內容：
- 一、提供聽語障者就醫、學校親師座談會、一般社會參與活動、社工訪視輔導、洽公、警政司法等具公共性質之翻譯服務。
 - 二、經評估教育階段之聽語障學生有陪同手語翻譯服務需求者。
 - 三、申請手語翻譯服務應未涉及私人商業利益之申請，即對外公開不收費活動(惟不包括非營利組織理監事會議、內部教育訓練或工作會議等)，另直銷、投資理財等講座因涉及利益關係不列入服務範圍。
 - 四、其他特殊情況，需經市府社會處評估提供服務者。
- 伍、受理申請時間：週一至週五 08:30-17:30
- 陸、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。
- 柒、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 電話(03)5352386 傳真(03)5350830
 - 四、新竹市手語資源服務及手語翻譯服務申請諮詢可洽：
- ◎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
- 捌、手語視訊服務：
- 一、服務時間：每週三上午 9:00-12:00
 - 二、視訊方式：LINE(視訊) ID：hccg330
 - 三、服務內容：提供聽語障者洽辦公務(臨櫃)、市政資訊等公共事務諮詢等，即時視訊溝通服務。

手語翻譯服務
申請、諮詢



手語視訊服務



新竹市手語資源服務——手語翻譯服務

收件日期：

～ 申請表 ～

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_____)	
	同性質 多次申請		服務時間 自__時__分至__時__分
服務事由			
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)		
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	慣用手語型態 (可複選)	<input type="checkbox"/> 自然手語 <input type="checkbox"/> 文字手語
	聽障者_____人		<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_____		
<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; display: inline-block; width: 45%;">身心障礙手冊影本正面黏貼處</div>		<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; display: inline-block; width: 45%;">身心障礙手冊影本反面黏貼處</div>	
<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; display: inline-block; width: 60%;"> 單 位 申 請 請 蓋 單 位 戳 印 </div>			
# 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訊，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"/> _____) <input type="checkbox"/> 個人 (<input type="checkbox"/> 新竹市 <input type="checkbox"/> 外縣市)	派案聯繫紀錄：	

●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