

附表一-新竹市身心障礙者職業重建手語翻譯暨同步聽打申請表

| | | | |
|---------------|--|------------------------------|---------------------------------|
| 申請者 (單位/人) | 聯絡 方式 | <input type="checkbox"/> 電話： | <input type="checkbox"/> 傳真： |
| | | <input type="checkbox"/> 手機： | <input type="checkbox"/> email： |
| 申請內容 | <input type="checkbox"/> 手語翻譯【聽語障者手語習慣 <input type="checkbox"/> 自然手語 <input type="checkbox"/> 中文手語 <input type="checkbox"/> 手語+唇語 <input type="checkbox"/> 其他】 <input type="checkbox"/> 同步聽打【申請者提供 <input type="checkbox"/> 桌子 <input type="checkbox"/> 椅子 <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，請說明_____】 | | |
| 現場 聯絡人 | 行動 電話 | 服務 人數 | 全部： 人 聽障： 人 |
| 聽語障者 姓名 | 行動電話 | | |
| 服日 務期 | 年 月 日 (星期) | | 服時 務間 |
| 服事 務由 | | | |
| 服地 務點 | 地點： 地址： | | |
| 注意事項 | 一、「申請內容」中，同一申請案手語翻譯或同步聽打服務原則擇一；惟2名以上聽語障者分別有不同溝通需求者，始可同時勾選2種服務，餘依本處「申請注意事項」辦理。 二、同步聽打僅提供現場溝通服務，不提供聽打檔案。 | | |

| | | |
|---|-----|----|
| 回覆單 (回覆單為審核欄，申請單位請勿填寫) | | |
| 回覆日期： 年 月 日 | | |
| 審核結果： <input type="checkbox"/> 同意： <input type="checkbox"/> 手語翻譯：由_____提供服務。 <input type="checkbox"/> 一級 <input type="checkbox"/> 二級 <input type="checkbox"/> 三級 <input type="checkbox"/> 四級 <input type="checkbox"/> 同步聽打：由_____提供服務。 <input type="checkbox"/> 一級 <input type="checkbox"/> 二級 <input type="checkbox"/> 不同意： | 審核欄 | |
| | 承辦人 | 科長 |
| 【備註】： | | |