

高雄市政府社會局委託財團法人平安社會福利慈善事業基金會辦理

高雄市手語服務中心

手語翻譯服務申請表

基本資料	申請單位 申請者			申請日期	年 月 日	
	聯絡電話		聯絡傳真	手機號碼		
	聯絡地址 (電子郵件)			初次申請	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
				教育程度		
現場聯絡人姓名			現場聯絡人 手機號碼			
申請內容	服務日期	年 月 日 (星期)				
	服務時間	自 午 時 分至 午 時 分				
	服務地點					
	服務事由 或性質	<input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 司法 <input type="checkbox"/> 社政 <input type="checkbox"/> 勞政 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 活動 <input type="checkbox"/> 會議 <input type="checkbox"/> 其他 *各類活動、會議、講座、研習，請於申請時附上流程、簡章、講義等資料。 *本服務不提供私人商業利益之申請及非營利組織內部會議。 (如理監事會、會員大會、機構內部訓練...等)。				
		服務事宜				
	服務人數	受服務聽(語)障者： 人；現場來賓人數約： 人				
受服務聽語障者手語習慣： <input type="checkbox"/> 自然手語 <input type="checkbox"/> 文字手語 <input type="checkbox"/> 文字手語+讀唇						
級 別 <input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三 ※翻譯級別由本中心填寫，請申請單位勿填。						
申請手譯員	人(1、每位手譯員原則上每次派任以兩小時為限，請依申請時數填寫) (2、本服務不接受指定手譯員，特殊需求需由本中心評估准允)					
備 註	1、申請書正本務必請以郵寄方式寄回本中心或交由當日服務之手譯員帶回。 2、個人初次申請者，應檢附身心障礙手冊/證明影本。 3、申請單位(者)每月服務時間原則上以八小時為限(超過需經本中心評估准允)。 4、申請服務如為二天(含)以上所需，請依所需天數分別填寫申請表。 5、夜間服務僅限臨時緊急必要之事宜(指緊急醫療、警政偵訊、災害)。					
申請單位戳章 (聽語障者申請請填姓名、身分證字號及生日)				* 此粗框申請單位請勿填寫 由受理單位填寫		
				手服中心督導 簽章欄	手服中心行政人員 簽章欄	
申請人簽章：				日期：	日期：	

手語翻譯服務申請及申訴電話：07-9620336#19

申請手語翻譯服務傳真：07-9620338

夜間緊急服務專線：0956-778-000 (週一至週五 09:00~12:00 可使用 TANGO 軟體視訊通話)

E-mail: sls9620336@gmail.com

Skype 視訊: sls9620336(週一至週五 09:00~12:00)

郵寄地址：高雄市三民區中華二路 250 號 4 樓