

高雄市手語服務中心

手語翻譯服務申請表

1150106

基本資料	<input type="checkbox"/> 申請單位 <input type="checkbox"/> 申請個人			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	
	現場聯絡人姓名		現場聯絡人手機號碼			
申請內容	服務時間	年 月 日 (星期) 自 午 時 分 至 午 時 分				
	服務地點					
	聾人用語	<input type="checkbox"/> 臺灣手語 <input type="checkbox"/> 中文手語 <input type="checkbox"/> 口手語 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
	服務類型	<input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 司法 <input type="checkbox"/> 社政 <input type="checkbox"/> 衛政 <input type="checkbox"/> 勞政 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 活動 <input type="checkbox"/> 會議 <input type="checkbox"/> 金融 <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。 * 涉及營利之商業活動或組織內部會議（包含理監事會、會員大會、機構內部訓練等）不適用補助，應以自費方式申請。				
	服務事由					
	服務人數	受服務聽（語）障者： 人； 現場來賓人數約： 人 級別 <input type="checkbox"/> 一 <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三 <input type="checkbox"/> 四 ※翻譯級別由本中心填寫，請申請單位勿填。				
申請手譯員 (人數)	(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，應檢附身心障礙證明影本。 3、申請單位(個人)每月服務時間原則上以八小時為限(超過需經本中心個案評估)。 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 蓋章			* 本欄位由(手服中心)填寫 手服中心兼職指導員 簽章欄			
申請 (聽語障者)	姓名： 生日： 身分證字號：		手服中心行政人員 簽章欄			
手語翻譯申請及申訴電話：07-9620336#19			手語視訊服務 Line(ID)0956778000 服務時間：週一至週五 09：00~12：00；14：00~17：00			



手語翻譯申請傳真：07-9620338

E-mail：

sls9620336@gmail.com

手語翻譯申請表可由官網下載



夜間緊急服務專線：0926-033-656(非上班時間)