

臺北市政府社會局委託社團法人中華民國聽障人協會辦理

臺北市聽語障溝通服務方案服務申請須知

壹、申請方式

一、一般案件：申請人應檢具申請書、身心障礙手冊及相關文件於3個工作天前向本會提出申請，本會受理申請後即進行審核，並將審核結果通知申請人，窗口受理時間為平日上午8時至下午8時。

二、假日或夜間緊急案件：臨時性需要，由醫院或警局自行從社會局提供之名單中聯絡手語翻譯員，並於服務後二日內補傳申請表至協會。

貳、申請及諮詢專線

免付費電話：0800-365-224

免付費傳真：0800-365-624

手機／簡訊：0963-047723

E-mail：cnad002@gmail.com

申訴專線：0978-322023

線上申辦系統：<https://theme.gov.taipei/sign2hear/>

會址：臺北市士林區承德路四段58巷10弄6號1樓

行政人員：黃小姐、李小姐

參、服務對象

個人：持有核（換）發或註記之身心障礙手冊（證明），障礙類別屬聽語障（身心障礙證明類別為第一或三類且 ICD 診斷欄位註記為【04】或第二類且 ICD 診斷欄位註記為【02】）或併聽語障之多重障礙者。

單位：臺北市內各級政府機關、醫療院所、學校或立案之非營利組織。

肆、服務內容

一、政府機關之會議、洽辦事務或陳情、申訴等。

二、非營利組織召開之會議。

三、偵訊或司法訴訟、警政訊問（含報案）等。

四、法律諮詢服務。

- 五、醫療服務，如：手術、生產、門診、化療、復健、療育、一般健康檢查等。
- 六、就學相關活動，如：親師座談會、家長會或學校日活動等。
- 七、社工員訪視、輔導案件、ICF需求評估及心理諮詢輔導。
- 八、社會參與活動，如：展覽或活動參訪（配有導覽且須對外公開不收費之活動）、講座及社區大學課程等未涉及私人商業利益之活動。
- 九、其他由臺北市政府社會局認定之案件。
- 十、每日晚間10點至翌日早上7點間緊急、臨時突發性案件。

（以上服務不包括非營利組織辦理會員大會及理監事會議、內部訓練或休閒活動，公私立大專校院資源教室課程、會議或活動。）

伍、服務地點

- 一、臺北市轄內，若設籍本市之聽語障者需至外縣市政府機關接洽事務，則視人力調度情形可擴大至新北市。
- 二、聽語障者至外縣市接洽之事務若涉及「臺北市政府提供聽覺功能或言語功能障礙者參與公共事務手語翻譯及同步聽打服務辦法」第3條所定之服務範圍時^(註1)，由該縣市政府依法提供。

陸、注意事項

- 一、設籍本市申請者（單位）每月申請服務案合計最高補助使用30小時（24小時手語翻譯服務及同步聽打服務時數併計），非設籍本市之聽語障民眾每人每月最高申請時數10小時，且補助時數為手語翻譯服務及同步聽打服務併計。
- 二、申請者（單位）若因緊急事故需取消或變更服務時間及地點，請在原申請服務時間24小時前通知本會，以避免服務人員徒勞往返及浪費資源。
- 三、申請者（單位）於服務結束後兩日內至線上系統登打「服務滿意度調查表」或填寫書面表格並回傳。
- 四、申請者（單位）請詳細評估所需服務時間，若因現場突發狀況需延長服務時間時，請洽本會承辦人員協商，切勿自行要求手語翻譯員或同步聽打員留駐，以免影響其個人行程及本會作業。
- 五、本方案無償提供聽語障者手語翻譯與同步聽打服務，以維護其參與公共事務之權利，為將有限資源做最大利用，若申請者（單位）未依前二、三、四項規定

辦理申請、取消、變更與繳回表件或遲到，將針對遲到三十分鐘內者、遲到超過三十分鐘者及無故未到者加以記錄，請申請人愛惜公共資源，遵守本須知相關規定，申請人如有違犯上述規定者，本會將對日後之申請案酌予限制；且基於公有資源的分配，恕無法指定手語翻譯員／同步聽打員。

六、同一申請案原則上指派一位手語翻譯員或同步聽打員提供服務，如同一活動（會議）場合已有主辦單位申請服務，將以主辦單位申請為主，不再重複派員。活動時間兩個小時以上，行政窗口將視狀況派遣兩名手語翻譯員／同步聽打員前往服務。

七、同一申請案（同一活動、會議場合）有2名以上聽語障者提出申請，原則上指派一種服務人員提供服務；惟二名以上聽語障者分別有手語翻譯及同步聽打之不同需求，始可各別派遣服務人員。

八、同步聽打員非筆記抄寫或會議記錄人員，如有不當申請及使用服務之情形，經查證屬實，將不再提供申請者（單位）聽打服務。

九、各式聽打案(含移動式聽打)僅提供媒合同步聽打員進行服務，如需投影其聽打內容建請申請者（單位）自行準備相關設備，待未來本會可依設備調度情況，以實際狀況來提供服務。

十、聽打內容僅為服務現場溝通使用，並非留存紀錄，服務後不另提供聽打稿。

十一、窗口受理時間為平日上午八點到下午八點，手語翻譯服務提供時間為24小時；同步聽打服務原則上服務時間以上午八時至晚間十時為服務時間，惟單位可以依人力調度情況，以實際狀況來提供服務。

十二、提出申請不代表成功媒合，審核後續事宜將以電子郵件或由專責人員通知。
若媒合成功且資料填寫完整者將由系統統一發送簡訊通知。

十三、本服務目的為協助聽語障者立即溝通，倘聽語障者對當下轉譯情形有疑，應即刻反應，以利現場當事人釐清訊息以達溝通目的。

註1：本辦法所定溝通服務之服務範圍如下：

- 一、政府機關辦理之公聽會、說明會、記者會、公辦政見發表會、協調會及服務活動。
- 二、依法設立之團體辦理之公益慈善活動。
- 三、其他經社會局認定與公共事務參與有關之活動。

**臺北市政府社會局委託社團法人中華民國聽障人協會辦理
臺北市聽語障溝通服務方案服務申請表**

一、申請者（單位）相關資料

個人	申請者姓名			單位	單位全名		
	身分證號碼				聯絡人		
	聯絡方式	簡訊： Line： 其他：			統一編號		
				手機：			
				電話：			
				其他：			

二、申請服務內容

申請項目：□手語翻譯 □聽打 (二擇一在□打勾)

服務日期 (擇一填寫)	單次申請	民國 年 月 日	服務時間	自 時 分	至 時 分	
	同性質 多次申請	請直接填寫月/日，例：1/2、1/9、1/16				
聽語障者 人數	共 人	溝通習慣	<input type="checkbox"/> 台灣手語 <input type="checkbox"/> 口語+手語 <input type="checkbox"/> 只會口語 <input type="checkbox"/> 其他			
服務地點及地址						
交通資訊	捷運 站，公車 路 站，其他：					
服務事由	<input type="checkbox"/> 政府機關之會議、洽辦事務或陳情、申訴等。 <input type="checkbox"/> 非營利組織召開之會議、講座。 <input type="checkbox"/> 偵訊或司法訴訟、警政訊問（含報案）等。 <input type="checkbox"/> 法律諮詢服務。 <input type="checkbox"/> 醫療服務，如：手術、生產、門診、化療、復健、療育、一般健康檢查等。 <input type="checkbox"/> 就學相關活動，如：親師座談會、家長會或學校日、個人成長進修課程等活動。 <input type="checkbox"/> 社工員訪視、輔導案件、ICF需求評估及心理諮詢輔導。 <input type="checkbox"/> 社會參與活動，如：演講、社區大學課程、劇場表演、休閒競賽...等 <input type="checkbox"/> 其他由臺北市政府社會局認定之案件（以上服務不包括非營利組織辦理會員大會及理監事會議、內部訓練）					
	服務事由 說明					
	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)				
	檢附文件	<input type="checkbox"/> 個人申請應檢附身心障礙手冊影印本 <input type="checkbox"/> 單位申請應檢附聽障者名冊以及單位立案證明影本 <input type="checkbox"/> 就醫掛號單、批價單或藥袋 <input type="checkbox"/> 開會通知單（含會議流程） <input type="checkbox"/> 活動簡章（含流程） <input type="checkbox"/> 其他：				
服 務 人 數	全部（聽障者+聽人）：共計 人 聽障者：共計 人(姓名: _____)		提 設	供 備	<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	
備 註	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「不得指定聽打員/手譯員」，如有違反上述事項，願負一切責任。					
	立書人簽名：					
注意 事 項	一、提出申請不代表成功媒合，審核後續事宜將以電子郵件或由專責人員通知。若媒合成功且資料填寫完整者將由系統統一發送簡訊通知。 二、本服務目的為協助聽語障者立即溝通，倘聽語障者對當下轉譯情形有疑，應即刻反應，以利現場當事人釐清訊息以達溝通目的。					

臺北市政府社會局委託社團法人中華民國聽障人協會辦理
臺北市聽語障溝通服務方案服務附件

<p>【說明】：</p> <p>1.單位申請者：請蓋申請單位戳印</p> <p>2.個人申請者：請務必檢附身心障礙證明或手冊正反面影本乙份</p> <p style="text-align: center;">(身心障礙證明正面影本)</p>	<p style="text-align: right;">(身心障礙證明反面影本) (或蓋申請單位戳印)</p>
<p style="text-align: center;">(身心障礙證明正面影本)</p>	<p style="text-align: right;">(身心障礙證明反面影本) (或蓋申請單位戳印)</p>
<p>填表日期： 年 月 日</p>	

單位：社團法人中華民國聽障人協會 會址：11167 台北市士林區承德路四段58巷10弄6號1樓
行政人員：黃小姐、李小姐 電話：0800-365-224 傳真：0800-365-624
手機／簡訊：0963-047-723 申訴專線：0978-322023 e-mail：cnad002@gmail.com
線上申辦系統：<https://theme.gov.taipei/sign2hear/>
本會網址：<http://www.cnad.org.tw>

**臺北市政府社會局委託社團法人中華民國聽障人協會辦理
臺北市聽語障溝通服務方案滿意度調查表**

敬啟者：

您好，非常高興有機會能為您提供此次手譯/聽打服務，為提升及改善服務品質，請您撥冗幾分鐘填寫以下的「服務滿意度調查」並於服務結束後於兩日內回傳本會，感謝您提供寶貴意見，若有其它問題也歡迎來電詢問。

一、基本資料：

申請者 (單位)		聯絡電話	
		E-mail	

二、本次服務資料：(請填寫本次實際服務狀況)

服務日期	民 國 年 月 日	手譯員/聽打員 姓名	
服務時間	自 時 分 至 時 分	已自行付費	<input type="checkbox"/> 是_____元, <input type="checkbox"/> 否

從何處獲得手譯/聽打服務訊息：

- 政府機關_____ 聽障團體_____ 親友告知
網路_____ (請註明網站名稱) 其他

三、服務滿意表：

服務項目	滿意度	非常 滿意	滿意	普通	不滿意	非常 不滿意
申請手譯/聽打過程：						
對於行政人員說明服務流程	<input type="checkbox"/>					
對於行政人員的服務態度	<input type="checkbox"/>					
對於行政人員的派案效率	<input type="checkbox"/>					
手譯/聽打服務過程：						
對於手譯/聽打的服務態度	<input type="checkbox"/>					
對於手譯/聽打派案到場準時性	<input type="checkbox"/>					
對於手譯手語能力/聽打員準確性	<input type="checkbox"/>					
對於手譯聽打的服裝儀容	<input type="checkbox"/>					
其他意見：						

單位：社團法人中華民國聽障人協會

會址：11167 台北市士林區承德路四段58巷10弄6號1樓

行政人員：黃小姐、李小姐

電話：0800-365-224 傳真：0800-365-624

手機／簡訊：0963-047-723

申訴專線：0978-322023 e-mail：cnad002@gmail.com

線上申辦系統：<https://theme.gov.taipei/sign2hear/>

本會網址：<http://www.cnad.org.tw>

