

**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： 傳真： Line： 其他：		聯絡方式	手機： 電話： 傳真： 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 同性質 多次申請	民國 年 月 日	服務時間	自時分 至時分
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	☐ 台灣手語 ☐ 中文手語 ☐ 口語+手語 ☐ 只會口語 ☐ 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	☐ 政府機關之會議、洽辦事務或陳情、申訴等。 ☐ 非營利組織召開之會議、講座。 ☐ 偵訊或司法訴訟、警政訊問（含報案）等。 ☐ 法律諮詢服務。 ☐ 醫療服務，如：手術、生產、門診、化療、復健、療育、一般健康檢查等。 ☐ 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。 ☐ 社工員訪視、輔導案件、ICF 需求評估及心理諮商輔導。 ☐ 社會參與活動，如：演講、社區大學課程、劇場表演、休閒競賽...等 ☐ 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	☐ 無對外直播 ☐ 有對外直播（ ☐ 現場有聽語障者 ☐ 現場無聽語障者）			
檢附文件	☐ 個人申請應檢附身心障礙手冊影印本 ☐ 單位申請應檢附聽障者名冊以及單位立案證書影本 ☐ 就醫掛號單、批價單或藥袋 ☐ 開會通知單（含會議流程） ☐ 活動簡章（含流程） ☐ 其他：			
服務 人數	全部（聽障者+聽人）：共計 人 聽障者：共計 人	提供 設備	☐ 電腦（ ☐ 桌上型 ☐ 筆記型） ☐ 投影機（含投影幕） ☐ 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：			



**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**

【說明】： 1.單位申請者：請蓋申請單位戳印 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 （身心障礙證明或手冊正面影本）	 （身心障礙證明或手冊反面影本） （或蓋申請單位戳印）
 （身心障礙證明或手冊正面影本）	 （身心障礙證明或手冊反面影本） （或蓋申請單位戳印）
填表日期： 年 月 日	

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 e-mail：cnad002@gmail.com
 線上申辦系統：<https://www.theme.gov.taipei/sign2hear/>
 本會網址：<http://www.cnad.org.tw> 申訴專線：0978-322023