

關於同步聽打服務：

聽障者溝通接收訊息管道多元，包含口語、手語及文字（視覺），對於不會手語的聽障者而言，同步聽打是一項直接輔助訊息接收的服務，同步聽打員透過筆記型電腦等設備，以打字的方式同步將環境中的語音訊息轉換為文字／符號呈現在螢幕上，文字內容並非逐字稿，而是記錄現場的「每一件事」，營造聽障者公平、尊嚴的無障礙環境，並促進社會參與。

服務對象：

1. 領有身心障礙證明，障礙類別屬聽障、語障或合併聽語障之多重障礙者，設籍外縣市者亦可申請於本市轄內提供服務。
2. 本市之醫療院所、公私立學校、非營利組織及各級政府機關等。

服務項目：

1. 費用免費，以公務事項及涉及公務單位業務為優先。
2. 非營利機關、團體辦理之各項服務、活動、研習或會議。
3. 醫療、教育、洽公、福利、就業及各級公共服務等靜態場所等
4. 若涉及私人商業利益可自費申請。

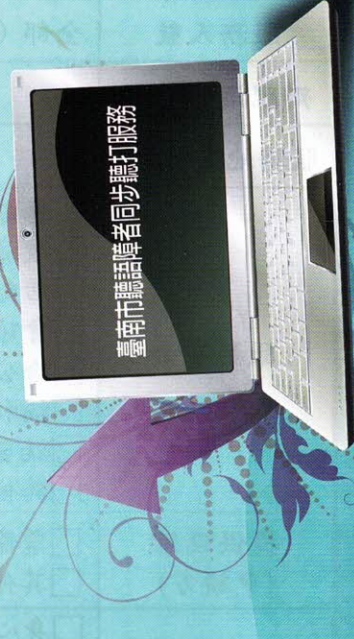
服務區域：臺南市

服務流程：

1. 5天前提出申請書並檢附相關資料
2. 傳真 E-MAIL 親給 線上申請
3. 本單位確認資格並回覆
4. 指派聽打員前往服務地點
5. 申請者填寫服務回饋表繳回本單位

注意事項：

1. 服務項目內容有變動，申請人／單位須提前告知，由本單位處理。
2. 聽打員非筆記抄寫或會議記錄人員，僅服務於現場，請勿不當使用。
3. 服務後若有申訴需求，請至本單位官網下載申訴表。



臺南市聽語障者同步聽打服務



電話：06-2002524 傳真：06-2006445

會址：台南市北區東豐路491號6樓之6

E-MAIL：voiced@voiced.org.tw

網址：http://www.voiced.tw/

臺南市政府社會局主辦

社團法人台南市聾暈協進會承辦



臺南市聽語障者同步聽打服務 申請表

一、申請者(單位)相關資料

| | | | | |
|---------|------------------------------|------------------------------|------|---------------------------------|
| 申請人/單位 | 申請人姓名/ 申請單位名稱 | | 申請日期 | 民國 年 月 日 |
| | 聯絡方式 | 電話： | 姓名 | <input type="checkbox"/> 同申請人 |
| | | 手機： | | <input type="checkbox"/> 單位聯絡人： |
| | | 傳真： | 聯絡方式 | <input type="checkbox"/> 委託人： |
| | | Line： | | <input type="checkbox"/> 電話： |
| E-mail： | <input type="checkbox"/> 手機： | <input type="checkbox"/> 傳真： | | |

二、申請服務內容

| | | | |
|-----------|--|------|-------------|
| 服務日期 | 民國 年 月 日 | 服務時間 | 自 時 分 至 時 分 |
| 服務人數 | 全部(聽障者+聽人): 共計 人, 聽障者: 共計 人 | | |
| 辦理活動單位 | | 活動名稱 | |
| 服務地點(地址) | | | |
| 服務事由 | <input type="checkbox"/> 醫療服務, 如: 門診、檢查等, 不包括民俗療法。 <input type="checkbox"/> 教育服務, 如: 親師座談會、家長會、IEP 等。 <input type="checkbox"/> 活動服務, 如: 演講、講座等。 <input type="checkbox"/> 會議服務, 如: 重大政策會議、公聽會、法規修訂會議、一般會議等。 <input type="checkbox"/> 洽公服務, 如: 公務機關洽辦事務或陳情、申訴等。 <input type="checkbox"/> 福利服務, 如: 社工員訪視、輔導案件、ICF 需求評估及心理諮商輔導等。 <input type="checkbox"/> 就業服務, 如: 求職面談、職場輔導、勞資爭議等。 <input type="checkbox"/> 其他 _____ | | |
| 提供設備(申請方) | <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"/> 電腦螢幕 <input type="checkbox"/> 其他 _____ | | |
| 附件資料 | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本(個人申請) <input type="checkbox"/> 單位戳印(單位申請) <input type="checkbox"/> 活動、會議、課程相關資料 <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 _____ | | |

身心障礙證明正反面影本浮貼處

請蓋單位
戳 印

注意事項

★本申請表所蒐集之個人資訊, 僅作為同步聽打服務使用, 並遵守個人資料保護法相關規定。

★本人已詳讀【同步聽打服務申請須知】, 且保證本申請表所填寫內容以及檢附各項文件均屬實。

申請人簽章: _____

➤ 審核結果(由派遣窗口填寫, 申請者請勿填寫)

本案擬由同步聽打員 _____ 前往支援。

本案不符規定, 故不予派案。說明 _____

派案日期:

承辦人員:

業務主管:

電話: 06-2002524

傳真: 06-2006445

地址: 台南市北區東豐路 491 號 6 樓之 6

若有任何疑義或表格填寫困難, 請於週二~週六 9:00~17:00 間洽詢本單位。

服務對象：

- 1、設籍臺南市之聽語障者或合併聽、語障之多重障礙者及家屬。
- 2、臺南市各機關、學校及團體等。
- 3、外縣市於本市有必要之手語翻譯服務需求。

服務流程：



服務區域：台南市服務區

申請時間：

1. 星期二至星期六上午09:00至下午17:00。
(例假日除外) (請於5天前事先提出)
2. 例假日及夜間申請：限緊急性之重大事務，可隨時提出申請。
3. 如需取消或變更時，請於申請服務日前通知本中心。

手語翻譯服務內容：

- ◎ 警政或司法偵察、非涉刑責之交通事件等事務。
- ◎ 各級政府召開之重大政策會議、政見發表會。
- ◎ 公務機關舉辦之活動(晚會) 舞台翻譯、簡易臨櫃。
- ◎ 洽公事項—市政府、戶政、地政、稅捐、衛生局所、學校等。
- ◎ 職場輔導、工作訓練、就業服務、職業訓練、勞資爭議。
- ◎ 就醫。
- ◎ 對外公開不收費之活動及會議、研討會。
- ◎ 其他必要性翻譯服務。

※若涉及私人商業利益之申請，需自行負責擔費用。

台南市手語翻譯服務中心



電話：06-2002524 傳真：06-2006445

服務專線(簡訊)：0972891553

LINE (ID：voiced)

申訴專線：06-2008775

信箱：voiced@voiced.org.tw

網站：<http://www.voiced.org.tw/>

會址：704台南市北區東豐路491號6樓之6

統一編號：06524285

劃發帳號：30732412

給我們教育，我們要走出無聲的世界



給我們舞台，我們將演出生命的聲音



臺南市政府社會局主辦

社團法人台南市聾暱協進會承辦

臺南市手語翻譯服務申請表 (此面可自行影印)

| | | | | |
|---------------------------|--------------|--|---|------------|
| 基本資料 | 申請人或申請單位 | 身份證字號 或 統一編號 | 申請日期 | 年 月 日 |
| | 聯絡電話 | 傳 真 | 手機 | |
| | 聯絡地址 | 電子郵件 | | |
| | 聯絡人姓名 | 聯絡方式 | 電話： 手機： | |
| 申請內容 | 服務日期 | 年 月 日 (星期)，自 時 分至 時 分 | | |
| | 服務地點 (地址) | | | |
| | 現場聯絡人 | 現場聯絡方式 | 電話： 手機： | |
| 申請內容 | 服務事由 或性質 | <input type="checkbox"/> 警政 <input type="checkbox"/> 司法 <input type="checkbox"/> 政見發表會 <input type="checkbox"/> 非涉刑責之筆錄案件 <input type="checkbox"/> 重大醫療 <input type="checkbox"/> 門診醫療 <input type="checkbox"/> 公務機關舉辦之活動(晚會)舞台翻譯 <input type="checkbox"/> 公務機關簡易臨櫃(含廣場型、攤位服務型) <input type="checkbox"/> 洽公事項-市政府各局室、戶政、地政、稅捐、衛生局所等 <input type="checkbox"/> 就學 <input type="checkbox"/> 職場輔導 <input type="checkbox"/> 就業服務 <input type="checkbox"/> 諮詢 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | |
| | 活動名稱 | | | |
| | 服務人數 | 現場來賓人數約： | 人 | 受服務聽(語)障者： |
| | 手語習慣 | <input type="checkbox"/> 台灣手語 <input type="checkbox"/> 中文手語 <input type="checkbox"/> 口語+手語 <input type="checkbox"/> 讀唇 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | |
| | 備 註 | 1.申請書正本請以郵寄方式至本會，或由當日服務之手譯員帶回。 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。 3.夜間服務僅限臨時緊急必要之事宜(指緊急醫療、警政偵訊、災害等)。 4.為確保個資安全，本資料僅提供手語翻譯業務使用。 | | |
| 申請人身心障礙證明正反面影本 或申請單位戳章 | | * 此粗框申請單位請勿填寫 由受理單位填寫 | | |
| | | 服務類別 | <input type="checkbox"/> 甲類 <input type="checkbox"/> 乙類 <input type="checkbox"/> 丙類 | |
| | | 派遣人員 | | |
| | | 理事長簽章欄 | 行政人員簽章欄 | |
| 申請人簽章： | 日期： | 日期： | | |

主辦單位：臺南市政府社會局 承辦單位：社團法人台南市聲暉協進會

電話：06-2002524 傳真：06-2006445 24H專線：0972-891553 電子信箱：voiced@voiced.org.tw

Line(ID):voiced