

社團法人台南市聲暉協進會 函

會址：70457 台南市北區東豐路 491 號 6 樓之 6
電話：06-2002524 傳真：06-2006445
連絡人：張瑜珊
電子信箱：voiced@voiced.org.tw

受文者：海佃國小輔導室

發文日期：中華民國 108 年 08 月 28 日

發文字號：108 南聲協字第 052 號

速別：

密等及解密條件：

附件：

主旨：檢送 108 年度臺南市聽語障者同步聽打服務簡介申請表

乙份，請 貴單位協助轉知所屬知悉與宣傳，請 查照。

說明：

一. 本會承辦『臺南市政府社會局委託民間辦理 108 年度聽語障者同步聽打服務』，請多善加利用。

二. 申請表如不敷使用，請自行下載，相關資訊查詢及申請表下載方式如下：

(一) 至臺南市政府社會局網站(<http://social.tainan.gov.tw/social/>)，

點選社會福利專區/身心障礙者福利/福利服務/臺南市聽語

障者同步聽打服務/請下載同步聽打服務申請表及申請須知。

(二) 請至台南市聲暉協進會網站(<http://www.voiced.org.tw>)

點選聽打服務下載同步聽打服務申請表及申請須知。

三. 申請方面如有何疑問，請洽本單位，洽詢方式如下：

1. 電話：06-2002524 、傳真：06-2006445
2. Line(ID：voiced)
3. 信箱：voiced@voiced.org.tw

正本：海佃國小輔導室

理事長徐紫香

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	聯絡人	申請日期	民國 年 月 日	
	聯絡方式		姓 名	☐ 同申請人 ☐ 單位聯絡人： ☐ 委託人：	
			電話：	聯絡方式	☐ 電話： ☐ 手機： ☐ 傳真：
			手機：		
			傳真：		
Line：					
	E-mail：				

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	☐ 醫療服務，如：門診、檢查等，不包括民俗療法。 ☐ 教育服務，如：親師座談會、家長會、IEP 等。 ☐ 活動服務，如：演講、講座等。 ☐ 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。 ☐ 洽公服務，如：公務機關洽辦事務或陳情、申訴等。 ☐ 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。 ☐ 就業服務，如：求職面談、職場輔導、勞資爭議等。 ☐ 其他 _____		
提供設備 (申請方)	☐ 電腦(☐ 桌上型 ☐ 筆記型) ☐ 投影機(含投影幕) ☐ 電腦螢幕 ☐ 其他 _____		
附件資料	☐ 身心障礙證明正反面影本(個人申請) ☐ 單位戳印(單位申請) ☐ 活動、會議、課程相關資料 ☐ 開會通知單(含會議流程) ☐ 活動簡章(含流程) ☐ 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～週六9:00～17:30間洽詢本單位。