



臺北市政府社會局委託中華民國啟聰協會辦理 24 小時手語翻譯服務

申請表

案號：

一、申請者(單位)相關資料

申請日期： 年 月 日

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： msn： 其他：		聯絡方式	手機： 電話： 傳真： 其他：

二、申請服務內容

服務日期	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	
服務地點及地址			會面地點		

交通資訊 捷運_____站，公車_____路_____站，其他：_____

聽語障者人數 共 人 手語習慣 自然手語 中文手語 口語+手語 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。 <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、家長會或學校日活動等。 <input type="checkbox"/> 社工員訪視、輔導案件、ICF 需求評估及心理諮商輔導。 <input type="checkbox"/> 社會參與活動，如：展覽、活動參訪(配有導覽)、演講及社區大學課程。 <input type="checkbox"/> 其他：
------	--

服務事由說明	
--------	--

檢附文件	<input checked="" type="checkbox"/> 個人申請應檢附身心障礙手冊影印本 <input checked="" type="checkbox"/> 單位申請應檢附聽障者名冊以及單位立案證書影本 <input checked="" type="checkbox"/> 就醫掛號單、批價單或藥袋 <input checked="" type="checkbox"/> 開會通知單(含會議流程) <input checked="" type="checkbox"/> 活動簡章(含流程) <input checked="" type="checkbox"/> 其他：
------	--

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「不得指定手語翻譯員」，如有違反上述事項，願負一切責任。

立書人：



臺北市社會局手語申辦系統

簽名或蓋章，單位申請需加蓋機構章