

嘉義縣「同步聽打服務」申請表

申請日期： 年 月 日 請於一週前提出申請

申請人 / 申請單位相基本資料				
聽障者申請	姓名			
	聯絡方式	手機： 電話： 電子信箱：	單位申請	單位全名
	活動主辦單位	單位名稱： 聯絡電話：		聯絡人
			聯絡方式	電話： 手機： 電子信箱：
申請內容				
服務日期	____年 月 ____日 (星期____) 自 ____時 ____分至 ____時 ____分，共 ____時			
服務事由	(應未涉及私人商業利益)			
服務地點				
服務人數	聽語障者人數：約 ____ 人	溝通方式 <input type="checkbox"/> 口語 <input type="checkbox"/> 手語 <input type="checkbox"/> 筆談(可複選)	來賓人數：約 ____ 人	
空間設備 (請勾選)	1. 聽語障者 1~2 人所需設備：筆記型電腦 <input type="checkbox"/> 自備 <input type="checkbox"/> 請聽打員攜帶 2. 聽語障者 3 人以上所需設備：(若須投影，請務必事先確認現場投影位置) (1) 投影機 <input type="checkbox"/> 自備 <input checked="" type="checkbox"/> 請聽打員攜帶 (投影位置建議舞台左側) (2) 投影布幕 <input type="checkbox"/> 自備 <input checked="" type="checkbox"/> 請聽打員攜帶 (3) 筆記型電腦 <input type="checkbox"/> 自備 <input checked="" type="checkbox"/> 請聽打員攜帶			
注意事項	1. 請詳讀【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。 2. 請務必準時，臨時取消或變更時間請即早提出，若遲到逾 20 分鐘以上，聽打服務將自動取消。 3. 請於服務結束後填寫意見回饋表並於三日內回傳至本會，以作為聽打服務成效之參考依據。 4. 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。 5. 各類活動、會議、講座、研習請於申請時檢附流程、講義、簡章、議程等相關資料。 6. 申請單送出後請務必來電或簡訊確認，謝謝！			
申請單位戳章		★此粗框內由派遣窗口填寫，申請者請勿填寫		
(聽語障者申請，請黏貼身障證明/手冊影本)		案號： _____ 派案日期： ____年 ____月 ____日 1. 審核結果： <input type="checkbox"/> 符合申請派遣標準 <input type="checkbox"/> 不符合申請派遣標準，轉介其他單位。 說明： _____ 2. 派遣人數： ____人， 聽打員： _____ 承辦人核章： _____ 督導核章： _____		

表格填妥後，請傳真至並來電確認 電話：05-2790533

嘉義縣同步聽打服務窗口陳小姐 (嘉義縣竹崎鄉灣橋村 18 鄰 263 號) 傳真：05-2792080

申訴電話 嘉義縣社會局 電話:05-3620900 轉 2305 黃小姐