

高雄市政府社會局委託高雄市聲暉協會辦理 同步聽打服務申請須知



- 一、主辦單位：高雄市政府社會局、高雄市聲暉協會
- 二、申請資格：
個人：實際領有身心障礙證明之聽障者或合併聽障之多重障礙者及其家屬。
單位：高雄市各級機關學校、非營利團體及其他公共服務單位、事業單位。
(單位申請每年補助上限30小時)
- 三、服務範圍：【申請同步聽打服務應未涉及私人商業利益】
 1. 公務機關辦理聽語障者相關業務之同步聽打服務。
 2. 非營利團體辦理聽語障者相關未收費服務、活動、研習、會議之同步聽打服務。
 3. 其他經高雄市政府社會局認定非涉及私人商業利益之同步聽打服務。
- 四、辦理期間：自113年01月01日起至113年12月31日止
- 五、服務費用：凡符合申請範圍之案件，無需支付服務費用(補助款用罄則需自費)。
私人及營利組織可自費申請(本會僅媒合聽打員，不介入議價核銷程序)。
- 六、服務時間：週一至週日上午8點至晚間9點(需視人力調度情形媒合)
- 七、申請方式：
 1. 可由活動辦理單位或聽障者本人提出申請，**最遲須於活動前3日**完成申請。
 2. 受理申請時間為週一至週五上午8點至下午5點，不受理夜間緊急、臨時性申請。
- 八、若對本項服務有任何疑問，請洽高雄市聲暉協會：
陳先生手機：0971300105(LINE:2429375)、鄭先生手機：0986122908
電話：(07)231-5626、231-5627
傳真：(07)241-9375
E-mail：ksda.wingnet@gmail.com
地址：高雄市鳳山區維新路128號5樓3室
- 九、申訴管道：
電話：(07)336-8333分機3943
傳真：(07)330-8444
E-mail：chuch@kcg.gov.tw
郵寄地址：高雄市苓雅區四維三路2號10樓



高雄市聲暉協會官
方網站-聽打專區



同步聽打服務窗口 LINE
官方帳號



高雄市政府社會局
Social Affairs Bureau of Kaohsiung City Government

高雄市同步聽打服務申請表

申請日期： 年 月 日

| 申請人 / 申請單位相基本資料 | | | |
|-----------------|--------|----------------------------|------|
| 聽障者申請 | 姓名 | | 單位申請 |
| | 聯絡方式 | 手機簡訊： 電話/傳真： 電子信箱： | |
| | 活動主辦單位 | 單位名稱： 聯絡電話： | |
| | 單位全名 | | 聯絡人 |
| | 聯絡方式 | 電話： 手機： 電子信箱： 地址： | |

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 | (請詳填地址、廳室) | | |
| 服務人數 | 聽語障者人數：_____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：_____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 type="checkbox"/> 請聽打員攜帶 (2) 投影布幕 <input type="checkbox"/> 自備 <input type="checkbox"/> 請聽打員攜帶 (3) 筆記型電腦 <input type="checkbox"/> 自備 <input 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中心，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(陳先生手機：0971-300-105)確認，謝謝！ | | |
| 備註 | 設籍外縣市聽語障者及單位亦可提出申請於本市轄內提供服務。 | | |

| 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"/> 自費申請 <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：_____ |
| 申請人簽章：_____ | |

【高雄市聲暉協會聯絡方式】陳先生手機：0971300105(LINE:2429375)鄭先生手機:0986122908
 電話：(07)231-5626、231-5627 傳真：(07)241-9375 E-mail：ksda.wingnet@gmail.com
 地址：高雄市鳳山區維新路128號5樓3室