

# 高雄市殯葬管理處手語翻譯服務及同步聽打服務申請表

\*須於儀式日7日前向本處提出申請

申請日期：      年 月 日

申請項目	<input type="checkbox"/> 手語翻譯 <input type="checkbox"/> 同步聽打		
申請人姓名		申請單位 全名	(禮儀業者)
亡者姓名		申請人與 亡者關係	
聯繫方式	<input type="checkbox"/> 電子郵件： <input type="checkbox"/> 電話(家用或手機)： <input type="checkbox"/> 傳真： <input type="checkbox"/> 其他：		
聽語障者	共      人	溝通習慣	<input type="checkbox"/> 台灣手語 <input type="checkbox"/> 中文手語 <input type="checkbox"/> 口語+手語 <input type="checkbox"/> 只會手語 <input type="checkbox"/> 其他
服務時間	民國    年    月    日    時    分至民國    年    月    日    時    分		
服務地點	第一殯儀館	禮廳	永思堂
檢附文件	<input type="checkbox"/> 個人申請應檢附身心障礙證明(第二類或第三類)影印本 <input 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 type="checkbox"/> 其他： <b>註：領有身心障礙證明之聽、語障者皆可申請(無戶籍限制)</b>		
<p>本人已詳讀並保證本申請表所填寫內容以及檢附各項文件均屬實，並同意「不得指定手語翻譯員」；本人保證所填「接受服務之聽語障者」將準時出席，若臨時取消或變更服務亦盡早提出，如有違反上述事項，願負一切責任。</p> <p style="text-align: right;">申請人：</p>			

**★此粗框內由服務窗口填寫，申請者請勿填寫**

申請管道	<input type="checkbox"/> 第一殯儀館服務中心(一樓櫃檯)(高雄市三民區本館路600巷20號) <input type="checkbox"/> 傳真：07-3859028/ <input type="checkbox"/> 電子郵件：ky9977@kcg.gov.tw		
◎派案日期：      年    月    日		◎案件編號：	
1、服務類別： <input type="checkbox"/> 手語翻譯 <input type="checkbox"/> 同步聽打			
2、審核結果： <input type="checkbox"/> 符合派遣標準，由_____前往提供服務。			
<input type="checkbox"/> 不符合派遣標準。說明：			
◎承辦人員：_____		◎單位主管：_____    ◎處長：	

中華民國身心障礙證明			
身分證統一編號	A123456789		【有效期限】 102年06月30日
姓名	王小明		
出生日期	60年2月2日		
戶籍地址	新北市板橋區中山路一段161號		
聯絡人	王大明	關係	父親
鑑定日期	101年6月20日	重新鑑定日期	102年6月30日
障礙等級	中度	發證日期	

分輕度、中度、重度、極重度四級

戶籍遷移註記	鄉鎮市區	村里	鄰	街路門牌	遷入日期	承辦人核章
障礙類別	第8類【s810】 第2類【b210】 <span style="float: right;">代表障別,保護隱私</span>					
ICD診斷	141. 2, 360. 4, 368. 16【01, 08】 <span style="float: right;">疾病代號,保護隱私</span>					
必要陪伴者優惠措施	國內大眾運輸工具 進入公民營風景區、康樂場所與文教設施 <span style="float: right;">符合者註記</span>					