

# 高雄市政府勞工局「手語翻譯/聽打服務」申請表

申請單位		單位地址		傳真	
				電話	
連絡人		職稱		行動電話	
申請項目	<input type="checkbox"/> 手語翻譯服務 <input type="checkbox"/> 聽打服務			E-Mail	
服務人數	受服務聽(語)障者：                  人；現場來賓人數約：                  人				
	受服務聽語障者手語習慣： <input type="checkbox"/> 自然手語 <input type="checkbox"/> 文字手語 <input type="checkbox"/> 讀唇				
服務項目	<input type="checkbox"/> 勞資爭議調解 <input type="checkbox"/> 就業諮詢、求職面試、職務調整或其他職場溝通事項				
	<input type="checkbox"/> 就業徵才媒合活動 <input type="checkbox"/> 在職訓練、就業相關研討會或活動				
	<input type="checkbox"/> 本局暨附屬機關辦理各項業務，有手語翻譯或同步聽打需求者				
	<input type="checkbox"/> 其他_____				
服務日期	自    年    月    日 ( 星期 )	服務時間	自    上    午    時    分		
	至    年    月    日 ( 星期 )		至    下    午    時    分		
備註：核銷服務日期以簽到退表上的服務日和時間為依據					
服務地點	(請詳填服務地點地址)				
	個案：                  障礙類別：                  障礙等級：				
附件	<input type="checkbox"/> 單位戳印 <input type="checkbox"/> 身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 活動議程或計畫書 <input type="checkbox"/> 其他				
	<input type="checkbox"/> 研習內容、會議資料等(本項資料建請先行提供，以利聽打員建置關鍵字)				
需求人數	申請手語翻譯員/聽打員人數：                  人 (每位手譯員/聽打員原則上每次派任以兩小時為限，請依申請時數填寫)				
注意事項	1. 請務必提供聽打服務員可放置筆電、鍵盤所需適切之桌子及座位。				
	2. 聽障人數2人以上，建議外接螢幕或投影設備，請申請單位/申請人自備。				
	3. 申請表送出後，請務必來電確認。				

## 勞工局審核

承辦人	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 非就業相關【 <u>逕</u> 轉至手語服務中心 <u>逕</u> 不同意】
股長	
專員	
科長	
備註：框內為本局審核欄，申請單位請勿填寫，謝謝！	手語翻譯申請案件屬性 <input type="checkbox"/> 勞資爭議類 <input type="checkbox"/> 就業相關二類 <input type="checkbox"/> 就業相關三類 <input type="checkbox"/> 同步聽打就業相關服務

# 高雄市政府勞工局手語翻譯/聽打服務申請附件

<p><b>【說明】：</b></p> <p>1.單位申請者：請蓋申請單位戳印</p> <p>2.接受勞資爭議、求職面試、就業諮詢等之聽語障者，請務必檢附身心障礙證明正反面影本1份</p> <p>(身心障礙證明正面影本) (或蓋申請單位戳印)</p>	<p>(身心障礙證明反面影本) (或蓋申請單位戳印)</p>
<p>(身心障礙證明正面影本) (或蓋申請單位戳印)</p>	<p>(身心障礙證明反面影本) (或蓋申請單位戳印)</p>
<p>(身心障礙證明正面影本) (或蓋申請單位戳印)</p>	<p>(身心障礙證明反面影本) (或蓋申請單位戳印)</p>
<p>填表日期： 年 月 日</p>	
<p><b>【備註】：</b></p> <p>勞工局職業重建科 郵寄地址：高雄市前鎮區鎮中路6號 傳真號碼：8120969 電話號碼：8124613 # 532 (曾瑛娥)</p>	