

# 嘉義縣政府手語翻譯服務窗口

## ◎服務對象

1. 設籍嘉義縣之聽語障者為優先（請附身心障礙手冊影本、申請表）
2. 嘉義縣公務機關、學校、醫療院所、社福團體、警政及司法單位

## ◎服務範圍

以嘉義縣為優先，若聽語障者有需要者可擴大至嘉義市

## ◎服務時間

1. 週一至週五，早上八點至下午五點半
2. 夜間及例假日僅提供必需性之服務，並依人力調配狀況派遣

## ◎服務項目

1. 洽公、求職面談、職務再設計、政令宣導、政見發表會等翻譯
2. 醫療門診、手術解說等醫療手語翻譯
3. 警政及法務偵察手語翻譯
4. 其他必要性之手語翻譯（限未涉及私人商業利益者）

## ◎手語翻譯申請方式（檢附身心障礙手冊影本、開會通知單或活動簡章）

1. 手語翻譯專線：05-2852698 轉 233，李先生（簡訊：0911-992991）
2. 手語翻譯傳真：05-2852928
3. 親至再耕園（嘉義市玉康路 160 號）填寫申請表

## ◎注意事項

1. 請事先預約申請翻譯服務，以免無法提供服務
2. 提出申請後欲取消服務者，請事先告知

## 嘉義縣政府手語翻譯服務窗口「手語翻譯服務」申請表

申請人或申請單位		身分證號碼		聯絡方式	<input type="checkbox"/> 電話： <input type="checkbox"/> 傳真： <input type="checkbox"/> 手機：
現場聯絡人		職稱		行動電話	
E-Mail					
服務日期	自 年 月 日 (星期 )	至 年 月 日 (星期 )	服務時間	自 午 時 分	至 午 時 分
聽語障者姓名			聯絡方式		
服務事由					
服務地點					
服務地點交通資訊	(請提供大眾交通工具、站牌名稱或明顯地標等服務地點相關資訊)				
服務人數	全部聽障 :	人	手語型態 (可複選)	<input type="checkbox"/> 自然手語 <input type="checkbox"/> 中文手語 <input type="checkbox"/> 手語+唇語	
<b>【說明】：</b> 1.單位申請者：請蓋申請單位戳印 2.個人申請者：請附身心障礙手冊正反面影本乙份			● 本案擬派遣翻譯員_____前往支援。  服務類別： <input type="checkbox"/> 甲類 <input type="checkbox"/> 乙類 <input type="checkbox"/> 丙類  ● 本案不符本窗口規定，故不予派案。  原因：		
			主管簽章		
			承辦人簽章		
			粗框內為本單位審核欄，申請單位請勿填寫，謝謝！		案號：
<b>【備註】：</b>					