臺中市生命禮儀管理處

手語翻譯服務及同步聽打服務申請表  ＊申請人相關資料 **(須於7日前向本處申請)**  申請日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人 | 申請者姓名 |  | 受理窗口 |  □崇德殯儀館 □東海殯儀館  □大甲殯儀館 □東勢殯儀館 |
| 身分證號碼 |  | 聯絡人 |  |
| 戶籍地址 |  | 聯絡方式 | □電話： □手機： □傳真： □其他：  |
| 聯絡方式 | □簡訊： □傳真： □LINE ID： □其他：  |

＊申請服務內容

|  |  |
| --- | --- |
| 服務時間 | 自民國 年 月 日 時 分 至 民國 年 月 日 時 分 |
| 詳細服務地 點 | 地點 | □崇德殯儀館 □東海殯儀館 □大甲殯儀館 □東勢殯儀館 |
| 禮廳/靈堂 |  |
| 服務人數 | 聽語障者 | 手語習慣 | □台灣手語 □中文手語 □口語+手語 □土手語 □其他  |
| 共 人 |
| 申請項目 | ■手語翻譯□同步聽打 |
| 服務事由 | □告別式□行政相驗□其他：  |
| 檢附文件 | □個人申請應檢附身心障礙證明影印本 □單位申請應檢附聽障者名冊以及單位立案證書影本□其他： **註：領有身心障礙證明之聽、語障者皆可申請(無戶籍限制)** |
| 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。  **申請人:**  |
| **★此粗框內由臺中市生命禮儀管理處【殯葬服務課】填寫，申請者請勿填寫** |
| **◎案件編號：** **◎派案日期： 年 月 日**1、服務類別：□手語翻譯  □同步聽打2、審核結果：□符合派遣標準，由 前往提供服務，費用由臺中市生命禮儀管理處支付。 □不符合派遣標準，轉介其他單位。說明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**◎承辦人員： ◎主管： ◎處長：**  |

11407編製