社團法人彰化縣聲暉協進會

彰化縣同步聽打服務申請表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基  本  資  料 | ＊申請人或  申請單位 |  | | | ＊身份證  字號 | | |  | | ＊申請  日期 | |  | |
| ＊聯絡傳真 |  | | | ＊聯絡電話 | | |  | | ＊手機 | |  | |
| ＊聯絡地址 |  | | | | | | | | | | | |
| 電子郵件 |  | | | | | | | | | | | |
| ＊現場聯絡人  姓 名 |  | | | | | | ＊現場聯絡人  手機號碼 |  | | | | |
| 申請服務內容 | 服務日期 | 單次申請 | | 民國年月日 | | | | 服務時間 | 自時分  至時分  中午休息 小時 | | | | |
| 同性質  多次申請 | | 請直接填寫月/日，例：1/2、1/9、1/16 | | | | | | | | | |
| 服務地點 |  | | | | | | | | | | | |
| 溝通習慣 | ⅀□自然手語⅀□中文手語⅀□口語＋手語⅀□只會口語 □其他 | | | | | | | | | | | |
| 服務事由說明 |  | | | | | | | | | | | |
| 檢附文件 | □個人申請應檢附身心障礙手冊影本  □單位申請應檢附聽障者名冊以及單位立案證書影本  □就醫掛號單、批價單或藥袋  □開會通知單（含會議流程）  □活動簡章（含流程）  □其他： | | | | | | | | | | | |
| 服務人數 | 全部（聽障者+聽人）：共 人  男生: 人 女生: 人 | | | | | | 提供設備 | □電腦(□桌上型□筆記型)  □投影機(含投影幕)□其他 | | | | |
| 聽障者：共 人 男生: 人 女生: 人 | | | | | |
| 右方欄位由即時聽打服務中心填寫，申請者請勿填寫及勾選 | | | 性 質 | | | □醫療 □警政 □教育 □活動 □會議  □福利服務□司法□洽公□就業□交通 | | | | | | | |
| 聽打員姓名 | | |  | | | | 聽打員人數 | | |  |
| ＊1.單位申請務必於本欄位蓋妥單位戳章或關防  ＊2.個人申請務必於本欄位黏貼身障手冊影本 | | | | | | | 同步聽打受理單位長官審核 | | | | 同步聽打受理單位承辦人審核 | | |
| 本欄位由本會審核蓋章，申請（單位）者請勿蓋章 | | | | 本欄位由本會審核蓋章，申請（單位）者請勿蓋章 | | |
| 日期： 年 月 日 | | | | 日期： 年 月 日 | | |

社團法人彰化縣聲暉協進會

彰化縣同步聽打服務服務回饋表

敬啟者:

您好!很高興有機會能為您提供同步聽打服務，為了提升服務品質，請您花幾分鐘的時間填寫以下的「服務滿意度調查表」，感謝您提供寶貴意見，若有其他問題也歡迎與我們連繫。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請人或申請單位 |  | |
| 服務日期及時間 | 年 月 日 午 時 分～ 午 時 分 | |
| 您從何處得知有同步聽打服務的訊息?(可複選) | | □政府機關 □新聞媒體 □啟聰學校□朋友 |
| □網路□其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □團體名稱： |
| 您使用什麼樣的方式申請同步聽打服務? | | □簡訊□手機APP□E-mail□朋友轉知 |
| □親臨窗口申請□電話□其他: |
| 本次為您服務的聽打員姓名？ | |  |
| 聽打員到場服務的時間？ | | □提早 □準時 □遲到\_\_\_\_\_\_分 |
| 請問您覺得這次聽打員打字速度跟得上說話者？ | | □非常同意□同意 □尚可 □不同意 |
| 聽打員不確定或遺漏之訊息會留白或加註 | | □非常同意□同意 □尚可 □不同意 |
| 聽打員能以完整語句呈現，訊息不片斷 | | □非常同意□同意 □尚可 □不同意 |
| 您覺得聽打員的服務態度十分良好 | | □非常同意□同意 □尚可 □不同意 |
| 您對於行政人員的服務態度感到滿意 | | □非常同意□同意 □尚可 □不同意 |
| 您對本次派案速度感到滿意 | | □非常同意□同意 □尚可 □不同意 |
| 聽打員不會經常出現錯字 | | □非常同意□同意 □尚可 □不同意 |
| 整體而言，本次服務對您的幫助很大 | | □非常同意□同意 □尚可 □不同意 |
| 如您對於本次同步聽打服務有其他建議或鼓勵，煩請不吝寫下提供給即時聽打服務承辦單位，您的寶貴意見將是本單位提升服務品質的重要指標。  (我的建議如下)  謝謝提供寶貴意見，有了您的回饋，  增加雙方溝通默契並提供更好的服務品質！謝謝！ | | |

※請申請單位或個人請於服務結束後**3日**內填寫本表連同申請表，紙本寄回聽打服務窗口(彰化聲暉)

再次感謝您撥冗回答此份問卷，我們將依據您的回饋，修正並提供更好的服務品質！

電話：04-8361223 傳真：04-8361224

Email：chdeaf@yahoo.com.tw

受理單位名稱：社團法人彰化縣聲暉協進會

住址：510彰化縣員林鎮莒光路745巷6號