**桃園市身心障礙者同步聽打服務計畫 服務回饋暨滿意度調查表-單位申請**

您好，為了解此次同步聽打服務是否有未盡周全或待改進事宜，請您協助填寫「同步聽打服務回饋表暨滿意度調查表」，俾利本會作為日後同步聽打服務規劃與推展參考依據。問卷僅做統計分析，您的所有個人資料與填寫內容不會洩漏，請放心填寫。 社團法人桃園市聲暉協進會 敬上

**壹、填表人基本資料**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 職 稱 |  |
| 連絡電話 |  | Email |  |
| 服務申請  回覆內容 | □服務窗口聯繫方式 □聽打員姓名 □聽打員聯繫方式  □服務注意事項 □其他 (可複選) | | |
| 服務使用  訊息來源 | 請問您從何處獲得同步聽打服務訊息: □政府機關 □服務單位(聲暉) □親友告知 □網路/社群 (名稱) □其他 | | |

**貳、服務內容**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本次申請聽打服務實際服務時間 | | 日期:　 　　年　 　　月　 　　日 時間:　 　時　 　分　-　　 　時　 　分 | |
| 活動名稱 |  | 活動地點 |  |
| 主辦單位 |  | 承辦單位 | □同主辦單位 |
| 現場提供  手語翻譯服務 | □有 □無 | 現場人數  (約略) | 聽障者:  男性 位、女性: 位  非聽障者\_\_\_\_\_位 |
| 服務狀態  確認 | □服務時**未在場**，未能確認服務狀態  □服務時**在場**，可確認服務狀態 (請接續回應下題) | | |
| **承上，填表人於服務提供，可確認服務狀態，**請填寫以下欄位: | | | |
| 出席情況 | 聽障者□提早到場，時間約 分鐘 □依申請時間到 □遲到，時間約\_\_\_\_\_分鐘  聽打員□提早到場，時間約 分鐘 □依申請時間到 □遲到，時間約\_\_\_\_\_分鐘 | | |
| 派案人力 | 服務是否超過2小時(含)以上: □無 □有(有2位聽打員輪替 □是 □否) | | |
| 聽打服務  意見回饋 | 1.字幕顯示：□筆電 □投影/電子布幕 □液晶電視 □其他 (可複選)  2.觀看字幕：□沒有阻礙/限制 □有阻礙/限制（請註明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）  3.燈光狀態：□過暗 □適中 □過亮 （如有調整可註明：\_\_\_\_\_\_\_）  4.錯 別 字：□無 □有，不影響閱讀 □過多 □不適填(未持續觀看字幕)  5.缺漏訊息：□無 □有，可接受 □過多 □不適填(未持續觀看字幕) | | |

**參、服務滿意度**

|  |
| --- |
| 1.本次同步聽打服務，您對於服務申請行政流程處理  □非常滿意□滿意□尚可□不滿意□非常不滿意 不滿意原因:  2.本次同步聽打服務，您對於服務窗口服務態度  □非常滿意□滿意□尚可□不滿意□非常不滿意 不滿意原因:  3.本次同步聽打服務，您對於聽打員服務態度  □不適填(未互動)□非常滿意□滿意□尚可□不滿意□非常不滿意 不滿意原因:  4.服務建議或困難: |
|

 填寫完畢請使用以下方式提交表單及相關資料，並向窗口確認，謝謝合作。

◎傳真03-4577709 ◎Email：sound5231520@gmail.com ◎LINE ID:0966562631

若有服務意見可透過各項方式聯繫本會，或由申訴管道提出：<https://reurl.cc/rQ1Qm4>