

※密件 請傳

縣(市)家庭暴力暨(及)性侵害防治中心

電話：

附件二

電子郵件信箱：

傳真：

家庭暴力事件通報表(非性侵害事件、非兒少保事件)

自 102.01.01 起適用

案件類型：婚姻/離婚/同居關係暴力(請加填台灣親密關係暴力危險評估表 TIPVDA) 老人虐待 其他**家庭成員間暴力**

通 報 人	通報單位	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所及衛生所 <input type="checkbox"/> 衛政 <input type="checkbox"/> 警政 <input type="checkbox"/> 社政 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 司法 <input type="checkbox"/> 113 <input type="checkbox"/> 防治中心 <input type="checkbox"/> 移民業務機關 <input type="checkbox"/> 其他										
	通報人員	<input type="checkbox"/> 醫事人員 <input type="checkbox"/> 警察人員 <input type="checkbox"/> 社工人員 <input type="checkbox"/> 教育人員 <input type="checkbox"/> 保育人員 <input type="checkbox"/> 司法人員 <input type="checkbox"/> 移民業務人員 <input type="checkbox"/> 其他										
	單位名稱						受理單位是否需回覆通報單位： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
受 保 護 / 被 害 人	姓名	職稱			電話							
	受理時間	年	月	日	時	分	通報時間	年	月	日	時	分
受 保 護 / 被 害 人	姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年	月	日	身分證統一編號(或護照號碼)				
	現 屬 國 籍 別	<input type="checkbox"/> 本國籍非原住民(原籍非本國籍,原籍為 <input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍(泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明										
		<input type="checkbox"/> 本國籍原住民(布農 <input type="checkbox"/> 排灣 <input type="checkbox"/> 賽夏 <input type="checkbox"/> 阿美 <input type="checkbox"/> 魯凱 <input type="checkbox"/> 泰雅 <input type="checkbox"/> 卑南 <input type="checkbox"/> 達悟(雅美) <input type="checkbox"/> 鄒 <input type="checkbox"/> 邵 <input type="checkbox"/> 噶瑪蘭 <input type="checkbox"/> 太魯閣 <input type="checkbox"/> 撒奇萊雅 <input type="checkbox"/> 賽德克 <input type="checkbox"/> 其他)										
		<input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍(泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他)										
	教育程度： <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 自修 <input type="checkbox"/> 不詳											
	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊(肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 其他)											
	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙證明(請註明身心障礙證明的障礙類別及 ICD 診斷)											
	<input type="checkbox"/> 疑似身心障礙者(肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> 非身心障礙者											
	職業： <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教軍警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不詳											
	戶籍地址：縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號之樓											
聯絡地址：縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號之樓												
電話：【宅】 電話： 【公】 電話： 【手機】 電話：												
方便聯絡時間： 方便聯繫方式：												
安全聯絡人： 電話： 與受保護(被害)人關係：												
相 對 人	姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年	月	日	身分證統一編號(或護照號碼)				
	現 屬 國 籍 別	<input type="checkbox"/> 本國籍非原住民(原籍非本國籍,原籍為 <input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍(泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明										
		<input type="checkbox"/> 本國籍原住民(布農 <input type="checkbox"/> 排灣 <input type="checkbox"/> 賽夏 <input type="checkbox"/> 阿美 <input type="checkbox"/> 魯凱 <input type="checkbox"/> 泰雅 <input type="checkbox"/> 卑南 <input type="checkbox"/> 達悟(雅美) <input type="checkbox"/> 鄒 <input type="checkbox"/> 邵 <input type="checkbox"/> 噶瑪蘭 <input type="checkbox"/> 太魯閣 <input type="checkbox"/> 撒奇萊雅 <input type="checkbox"/> 賽德克 <input type="checkbox"/> 其他)										
		<input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍(泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他)										
	教育程度： <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 自修 <input type="checkbox"/> 不詳											
	<input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊(肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 其他)											
	<input type="checkbox"/> 疑似身心障礙者(肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聲(語)障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> 非身心障礙者											
	職業： <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教軍警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不詳											
	有無下列情事？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(酗酒 <input type="checkbox"/> 施用毒品 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> 不確定											
	戶籍地址：縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號之樓											
聯絡地址：縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號之樓												
電話：【宅】 電話： 【公】 電話： 【手機】 電話：												
其他可聯絡之親友： 電話：												

具體事實	被害人姓名： 一、發生時間： 年 月 日 時 二、發生地點： 縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路 段 巷 弄 號之 樓 三、案情陳述（如案發經過、曾求助對象或單位、已提供之協助、受暴情形等）： 四、需立即聯繫社工案件：有下列情形之一者，除傳真本通報表或以網路（網址： http://ecare.moi.gov.tw/index.jsp?css=2 ）通報外，建議立即以電話（緊急聯絡電話:【上班時間： 】【非上班時間： 】）聯繫當地防治中心社工員評估處理 <input type="checkbox"/> 經評估被害人處於高危險情境者。 <input type="checkbox"/> 被害人有受暴事實，經認無其他安全支持網絡可協助，需緊急安置或擬定其他安全計畫。 <input type="checkbox"/> 其他法律另有規定或經評估需要協助之案件。
	家庭暴力事件（婚姻／離婚／同居／老人／其他）
	一、兩造關係： <input type="checkbox"/> 婚姻中（ <input type="checkbox"/> 共同生活 <input type="checkbox"/> 分居） <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 現有或 <input type="checkbox"/> 曾有下列關係： <input type="checkbox"/> 同居關係 <input type="checkbox"/> 家長家屬 <input type="checkbox"/> 家屬間 <input type="checkbox"/> 直系血親 <input type="checkbox"/> 直系姻親 <input type="checkbox"/> 四親等內旁系血親 <input type="checkbox"/> 四親等內旁系姻親（關係描述： ） <input type="checkbox"/> 其他：()) 二、已協助事項？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，已協助事項： <input type="checkbox"/> 驗傷診療 <input type="checkbox"/> 聲請保護令 <input type="checkbox"/> 協助報案 <input type="checkbox"/> 緊急安置／庇護 <input type="checkbox"/> 自殺通報 <input type="checkbox"/> 人身安全計畫 <input type="checkbox"/> 提供被害人權益、救濟及服務之書面資料 <input type="checkbox"/> 其他（請說明：)) 三、被害人後續是否需要協助？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，需要協助事項： <input type="checkbox"/> 驗傷診療 <input type="checkbox"/> 聲請保護令 <input type="checkbox"/> 協助報案 <input type="checkbox"/> 緊急安置／庇護 <input type="checkbox"/> 人身安全計畫 <input type="checkbox"/> 經濟扶助 <input type="checkbox"/> 法律扶助 <input type="checkbox"/> 心理治療與輔導 <input type="checkbox"/> 就業協助 <input type="checkbox"/> 就學服務 <input type="checkbox"/> 目睹兒少服務 <input type="checkbox"/> 戶政問題協助 <input type="checkbox"/> 其他 四、是否願意被加害人協尋？ <input type="checkbox"/> 願意 <input type="checkbox"/> 不願意 五、家中有無兒童或少年遭受家庭暴力？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 名（請併傳兒童少年保護事件之通報表，兒童少年之生命、身體、自由有立即之危險或危險之虞，請立即以電話聯繫當地主管機關社工員評估處理） 六、家中有無兒童或少年目睹家庭暴力？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有， 名 七、被害人後續是否願意社工介入協助？ <input type="checkbox"/> 願意 <input type="checkbox"/> 不願意，理由：
填表說明	一、依家庭暴力防治法第 50 及 62 條規定，各相關人員在執行職務時知有疑似家庭暴力情事者，應立即以任何方式通報當地主管機關，並於 24 小時內填具本通報表送當地主管機關（網路通報或傳真通報擇一），未盡通報責任者，依法應處新臺幣 6 千元以上 3 萬元以下罰鍰。 二、通報單位應主動確認受理單位是否收到通報，通報單位須自存乙份。 三、通報時應注意維護被害人之秘密及隱私，不得洩露或公開。