

※密件

請傳_____縣(市)家庭暴力暨(及)性侵害防治中心

電話：
電子郵件信箱：

傳真：

家庭暴力事件通報表(非性侵害事件)

自 100.01.01 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

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					
	姓名	職稱					電話					
受保護/被害人	受理時間	年 月 日 時 分			通報時間		年 月 日 時 分					
	姓名	性別		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											
	戶籍地址：縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路 段 巷 弄 號之樓 聯絡地址：縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路 段 巷 弄 號之樓											
	電話：【宅】 _____ 【公】 _____ 【手機】 _____ 方便聯絡時間： _____ 方便聯繫方式： _____											
相對人	安全聯絡人： _____ 電話： _____ 與受保護(被害)人關係： _____											
	姓名	性別		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： _____ 聯絡地址： _____ 電話：【宅】 _____ 【公】 _____ 【手機】 _____												
其他可聯絡之親友： _____ 電話： _____												
具體事實	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"/> 被害人受暴事實，經確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：婚姻中（共同生活分居）離婚現有或曾有下列關係：同居關係家長家屬家屬間直系血親直系姻親四親等內旁系血親四親等內旁系姻親（關係描述：_____）其他：（_____）
- 二、 已協助事項？無 有，已協助事項：
驗傷診療聲請保護令協助報案緊急安置／庇護自殺通報人身安全計畫
提供被害人權益、救濟及服務之書面資料其他（請說明：_____）
- 三、 被害人後續是否需要協助？否 是，需要協助事項：
驗傷診療聲請保護令協助報案緊急安置／庇護人身安全計畫經濟扶助法律扶助
心理治療與輔導就業協助就學服務目睹兒少服務戶政問題協助其他
- 四、 是否願意被加害人協尋？願意 不願意
- 五、 家中有無兒童或少年遭受家庭暴力？無 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？無 有，_____名
- 七、 被害人後續是否願意社工介入協助？
願意
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。