

※密件 請傳

縣(市)家庭暴力暨(及)性侵害防治中心 電話：

傳真：

老人保護事件通報表

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"/> 民政 <input type="checkbox"/> 老人福利機構 <input type="checkbox"/> 其他					
	通報人員	<input type="checkbox"/> 警事人員 <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"/> 村(里)幹事 <input type="checkbox"/> 村(里)長 <input type="checkbox"/> 照顧服務員 <input type="checkbox"/> 老人福利機構人員 <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		
	受理時間	年	月	日	時	分	通報時間
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
	婚姻狀態	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶		有同住之未成年(孫)子女	<input type="checkbox"/> 有, ___人, 關係: __ <input type="checkbox"/> 無		
	現屬國籍別	<input type="checkbox"/> 本國籍非原住民( <input type="checkbox"/> 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( <input type="checkbox"/> 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"/> 本國籍原住民( <input type="checkbox"/> 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"/> 拉阿魯哇 <input type="checkbox"/> 卡那卡那富 <input type="checkbox"/> 其他 )					
		<input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍( <input type="checkbox"/> 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					
	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( <input type="checkbox"/> 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"/> 失智症 <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( <input type="checkbox"/> 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"/> 失智症 <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 <input type="checkbox"/> 教 <input type="checkbox"/> 軍 <input type="checkbox"/> 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】 _____ 【公】 _____ 【手機】 _____							
方便聯絡時間： _____ 方便聯繫方式： _____							
安全聯絡人姓名： _____ 電話：【宅】 _____ 【公】 _____ 【手機】 _____ 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
	現屬國籍別	<input type="checkbox"/> 本國籍非原住民( <input type="checkbox"/> 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( <input type="checkbox"/> 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"/> 本國籍原住民( <input type="checkbox"/> 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"/> 拉阿魯哇 <input type="checkbox"/> 卡那卡那富 <input type="checkbox"/> 其他 )					
		<input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍( <input type="checkbox"/> 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					
	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( <input type="checkbox"/> 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"/> 失智症 <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( <input type="checkbox"/> 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"/> 失智症 <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 <input type="checkbox"/> 教 <input type="checkbox"/> 軍 <input type="checkbox"/> 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( <input type="checkbox"/> 酗酒 <input type="checkbox"/> 施用毒品 <input type="checkbox"/> 自殺意念 <input type="checkbox"/> 自殺行為(倘有自殺意念或行為請併傳自殺高風險個案轉介單) <input type="checkbox"/> 公共危險行為(倘相對人有開瓦斯、預備汽油桶、縱火等行為，請立即報警) <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】 _____ 【公】 _____ 【手機】 _____							
其他可聯絡之親友： _____ 電話：【宅】 _____ 【公】 _____ 【手機】 _____							

具體事實

老人姓名：

一、發生時間： 年 月 日 時

二、發生地點：家中 老人福利機構 公共場所 其他：(請說明)

三、案情陳述：

1. 案發經過：

2. 案件類型：遭直系血親卑親屬疏忽、遺棄，致有生命、身體、健康或自由之危難

依契約對其有扶養照顧義務之人疏忽、虐待、遺棄致有生命、身體、健康或自由之危難

相對人為：機構人員(機構名稱：\_\_\_\_\_, 地址：\_\_\_\_\_) 照顧服務員 看護工 其他\_\_\_\_\_

因無人扶養，致有生命、身體之危難或生活陷於困境

其他：\_\_\_\_\_ (請敘明)

3. 老人受暴型態(可複選)：疏忽身體虐待精神虐待遺棄財務侵占/榨取無人扶養其他：\_\_\_\_\_

4. 老人受傷程度：未受傷無明顯傷勢有明顯傷勢：\_\_\_\_\_ (敘明部位) 重傷需住院治療：\_\_\_\_\_ (敘明原因)

死亡

5. 老人是否有自殺意念：否 是(請併傳自殺高風險個案轉介單)

6. 老人是否有自殺行為：否 是(請併傳自殺高風險個案轉介單)

7. 本事件是否涉及公共危險案件：否 是(倘涉及開瓦斯、預備汽油桶、縱火等行為，請立即報警)

8. 其他補充內容(如曾求助對象或單位、相關評估意見等)：

協助事項及相關意見

一、老人後續是否願意社工介入協助？願意 不願意，理由：

二、已協助事項：緊急送醫 協助報案 保護安置 與被害人討論安全計畫 提供相關福利資源

自殺通報 其他(請說明：\_\_\_\_\_)

三、老人後續需要協助事項：無 就醫診療 協助報案 保護安置 經濟扶助 法律扶助 協尋家屬

聲請監護宣告或輔助宣告 心理治療與輔導 就業協助 家屬協調 其他(請說明：\_\_\_\_\_)

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.mohw.gov.tw/>)通報外，建議立即以電話聯繫當地社工員評估處理。

經評估老人處於高危險情境者。

老人有受暴事實，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。

其他(請敘明)：\_\_\_\_\_

填表說明

一、依老人福利法第 43 條規定，各相關人員在執行職務時知疑有老人保護情事，應立即通報當地主管機關。

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。