

※密件 請傳

縣(市)家庭暴力暨(及)性侵害防治中心 電話：

傳真：

身心障礙者保護事件通報表

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"/> 社會福利、安置照護機構 <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"/> 村(里)幹事 <input type="checkbox"/> 村(里)長 <input type="checkbox"/> 照顧服務員 <input type="checkbox"/> 社會福利、安置照護機構人員 <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	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)			
	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"/> 領有身心障礙證明 第_____類 ICD 診斷_____ (請註明身心障礙證明的障礙類別及 ICD 診斷)										
		<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"/> 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	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( <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"/> 領有身心障礙證明第_____類 ICD 診斷_____ (請註明身心障礙證明的障礙類別及 ICD 診斷)										
		<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"/> 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】 _____											

## 身心障礙者保護事件

### 具體事實

被害人/受保護人姓名：

一、發生時間：           年           月           日           時

二、發生地點：家中 社會福利、安置照護機構工作場所 公共場所 其他：(請說明)

三、案情陳述：

1.案件類型：對身心障礙者有下列行為之一：

遺棄：\_\_\_\_\_

身心虐待：身體虐待精神虐待疏忽其他：\_\_\_\_\_

限制其自由：\_\_\_\_\_

留置無生活自理能力之身心障礙者於易發生危險或傷害之環境

利用身心障礙者行乞或供人參觀：\_\_\_\_\_

強迫或誘騙身心障礙者結婚：\_\_\_\_\_

其他對身心障礙者或利用身心障礙者為犯罪或不正當之行為：財務侵占／搾取其他：\_\_\_\_\_

2.被害人受傷程度：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

3.加害人施暴時是否使用武器或工具：否 是：(請敘明物品名)

4.被害人是否有自殺意念：否 是（請併傳自殺高風險個案轉介單）

5.被害人是否有自殺行為：否 是（請併傳自殺高風險個案轉介單）

6.其他補充內容（如案發經過、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、被害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、被害人後續需要協助事項：無 就醫診療 協助報案 安置服務 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 自殺通報 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受理身心障礙者保護事件業務窗口評估處理。

經評估被害人處於高危險情境者

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

其他（請敘明）：\_\_\_\_\_

### 填表說明

一、依身心障礙者權益保障法第 76 條規定，各相關人員在執行職務時知有身心障礙者保護事件，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。

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。