

※密件 請傳

縣(市)家庭暴力暨(及)性侵害防治中心

電話：

傳真：

電子郵件信箱：

性侵害犯罪事件通報表自 102.01.01 起適用

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"/> 勞政 <input type="checkbox"/> 司(軍)法機關 <input type="checkbox"/> 憲兵隊 <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 <input type="checkbox"/> 社政(*請註明是否為下列單位： <input type="checkbox"/> 身障福利機構 <input type="checkbox"/> 老人福利機構 <input type="checkbox"/> 兒童少年福利機構 <input type="checkbox"/> 其他機構 ) <input type="checkbox"/> 教育(*請註明是否為下列單位： <input type="checkbox"/> 高級中等以下有提供住宿之學校 <input type="checkbox"/> 其他機構 )				
	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"/> 勞政人員 <input type="checkbox"/> 司(軍)法人員 <input type="checkbox"/> 憲兵 <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			
	受理時間	年 月 日 時 分	通報時間	年 月 日 時 分		
	姓名	代號	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
被害人	出生日期	年 月 日	身分證統一編號(或護照號碼)			
	現屬國籍	<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"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明				
	國籍	<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"/> 其他 )				
	別	<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 )				
	別	是否為外籍勞工： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是( <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 )				
	別	行業類別： <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 營造業 <input type="checkbox"/> 家庭幫傭 <input type="checkbox"/> 家庭看護 <input type="checkbox"/> 養護機構看護				
安全聯絡方式	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】			
	<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"/> 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"/> 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						
教育程度： <input type="checkbox"/> 學齡前 <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						
兒童或少年之就學狀況： <input type="checkbox"/> 未入學 <input type="checkbox"/> 學前教育 <input type="checkbox"/> 就學中 <input type="checkbox"/> 輟學 <input type="checkbox"/> 休學 <input type="checkbox"/> 未再升學 就讀學校：						
聯絡人姓名： 電話：【宅】 【公】 【手機】 與被害人關係： 地 址：						

嫌 疑 人	主嫌疑人姓名	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)
	嫌疑人數： <input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 2人以上 (關係類別欄位請填報主嫌疑人資料) <input type="checkbox"/> 不確定 與被害人關係類別： <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 前配偶 <input type="checkbox"/> 直系親屬 <input type="checkbox"/> 旁系親屬 <input type="checkbox"/> 家人的朋友 <input type="checkbox"/> 客戶關係 <input type="checkbox"/> 上司/下屬 (含主僱關係) <input type="checkbox"/> 未婚夫/妻 <input type="checkbox"/> 男/女朋友 <input type="checkbox"/> 前男/女朋友 <input type="checkbox"/> 普通朋友 <input type="checkbox"/> 同事 <input type="checkbox"/> 同學 <input type="checkbox"/> 網友 <input type="checkbox"/> 師生關係 <input type="checkbox"/> 鄰居 <input type="checkbox"/> 其他 (請說明：_____) <input type="checkbox"/> 不認識			
受 害 經 過	被害人姓名：			
	一、時間 (最近一次)：      年      月      日      時 <input type="checkbox"/> 不確定 二、案發地區：      縣 (市)      鄉 (鎮、市、區) 三、案發場所： <input type="checkbox"/> 私人場所 ( <input type="checkbox"/> 被害人住所 <input type="checkbox"/> 加害人住所 <input type="checkbox"/> 被 (加) 害人親友住所 <input type="checkbox"/> 汽車 <input type="checkbox"/> 旅館房間 <input type="checkbox"/> 他人住所 <input type="checkbox"/> 不詳 ) <input type="checkbox"/> 非私人場所 ( <input type="checkbox"/> 空屋 <input type="checkbox"/> 地下室 <input type="checkbox"/> 頂樓陽台 <input type="checkbox"/> 電梯 <input type="checkbox"/> 工地 <input type="checkbox"/> 停車場 <input type="checkbox"/> 計程車 <input type="checkbox"/> 馬路邊 <input type="checkbox"/> 娛樂場所 <input type="checkbox"/> 荒野 <input type="checkbox"/> 福利機構 ) <input type="checkbox"/> 大眾運輸工具 <input type="checkbox"/> 學校/教室 <input type="checkbox"/> 宿舍 <input type="checkbox"/> 公共廁所 <input type="checkbox"/> 辦公場所 <input type="checkbox"/> 工廠 <input type="checkbox"/> 河/海邊 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不詳 ) <input type="checkbox"/> 不詳			
已 予 協 助 事 項	四、案情補充概述 (含特別提醒事項)：			
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，已協助事項： <input type="checkbox"/> 驗傷或採證 ( <input type="checkbox"/> 開具驗傷診斷書 <input type="checkbox"/> 身體證物採集 ) <input type="checkbox"/> 報案 (警察局： ) <input type="checkbox"/> 陪同偵訊 (社工員姓名： ) <input type="checkbox"/> 其他：			
備註 說明	一、依性侵害犯罪防治法第 8 條規定，各單位人員受理性侵害事件後必須填寫本通報表，立即通報當地主管機關，至遲不得超過 24 小時。 二、通報方式以傳真、郵寄或電子郵件為之均可，通報時應注意維護被害人之秘密及隱私，不得洩漏或公開。 <b>警政等通報單位如僅填寫被害人代號，應於 3 分鐘內電話告知被害人姓名，如未告知應即將姓名代號對照表以密件遞交。</b> 三、本通報表除通報當地主管機關外，通報單位需自存乙份。 四、本通報表若需受理單位回覆處理情形者，請勾選；受理單位責任社工應儘速電話聯繫回覆。			