

※密件

請傳 _____ 縣(市)(通報窗口請縣市政府自行決定填列) 電話：
電子郵件信箱：

傳真：

兒童少年保護及高風險家庭通報表

自 100.01.01 起適用

- 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。
- 通報時應注意維護被害人之秘密及隱私，不得洩露或公開。
- 如須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聯繫回覆。
- 以下問項，對兒童及少年(以下簡稱兒少)之保護及協助極為重要，請善盡通報責任，避免漏填。
- 行為人(施虐者)非屬家庭成員，僅涉違反兒少福利法之裁處，無涉特定兒少之保護安置及後續處遇者，【兒童及少年】、【照顧者】等項目可不予查填。
- 經查屬意外事故，非屬惡意對待或疏忽者，請勿通報。

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"/> 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"/> 民政 <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"/> 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"/> 村里幹事 <input type="checkbox"/> 村里長 <input type="checkbox"/> 公衛護士 <input type="checkbox"/> 戶政人員 <input type="checkbox"/> 法(獄)政人員 <input type="checkbox"/> 公寓大廈管理員 <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

通報之兒童及少年	姓名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期或年齡	年 月 日 (歲)	身分證統一編號 (或護照號碼)					
	國籍別 (請填下方代碼或以文字說明)												
	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											
	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 就讀學校：											
	是否為身心障礙者	<input type="checkbox"/> 非身心障礙者 <input type="checkbox"/> 疑似身心障礙者 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊											
	身心障礙或疑似身心障礙類別	<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(請說明：)											
	戶籍地址	縣(市)		鄉(鎮/市/區)		村(里)	鄰	路	段	巷	弄	號之樓	
居住地址	縣(市)		鄉(鎮/市/區)		村(里)	鄰	路	段	巷	弄	號之樓		
電話	宅						公				手機		

手足	姓名	性別	出生日期或年齡	國籍別 (請填下方代碼或以文字說明)	其他相關資訊		
	1.	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
	2.	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
	3.	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
	4.	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
	5.	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					

父母 / 監護人 / 主要照顧者	姓名	出生日期或年齡	國籍別 (請填下方代碼或以文字說明)	連絡地址			電話	
	父:			同兒少 <input type="checkbox"/> 戶籍地址 <input type="checkbox"/> 居住地址			宅	
				其他連絡地址			公	
	母:			同兒少 <input type="checkbox"/> 戶籍地址 <input type="checkbox"/> 居住地址			宅	
其他連絡地址				公				
其他(與兒少關係):				同兒少 <input type="checkbox"/> 戶籍地址 <input type="checkbox"/> 居住地址			宅	
				其他連絡地址			公	

個案類型 (請擇一勾選，勿漏填，勿重複)		<input type="checkbox"/> 兒少保護：請續填 表 1 ; <input type="checkbox"/> 高風險家庭：請續填 表 2									
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

表 1 兒少保護個案 ★通報高風險家庭者，請勿填列此表

案情陳述	發生時間	年 月 日 時				
	發生地點	<input type="checkbox"/> 住家 (同兒少 <input type="checkbox"/> 戶籍地址 <input type="checkbox"/> 居住地址) <input type="checkbox"/> 寄養家庭 <input type="checkbox"/> 兒少安置機構 (機構名稱: _____)				
		<input type="checkbox"/> 學校 (學校名稱: _____)				
		<input type="checkbox"/> 其他/請敘明位址: _____ 縣(市) _____ 鄉(鎮/市/區) _____ 村(里) _____ 鄰 _____ 路 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號之 _____ 樓				
	補充說明: 如案發經過、已提供之協助、受傷害情形等					

疑似施虐者 無則免填	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期 或年齡	年 月 日 (_____ 歲)	身分證統一編號 (或護照號碼)		
	國籍別		(請填下方代碼或以文字說明)						
	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							
	與兒少之關係	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 養父 <input type="checkbox"/> 養母 <input type="checkbox"/> 照顧者 <input type="checkbox"/> 機構人員 <input type="checkbox"/> 母之同居人或繼父 <input type="checkbox"/> 父之同居人或繼母 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 其他							
	是否為身心障礙者	<input type="checkbox"/> 非身心障礙者 <input type="checkbox"/> 疑似身心障礙者 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊							
	身心障礙或疑似身心障礙類別	<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(請說明: _____)							
	戶籍地址	縣(市) _____ 鄉(鎮/市/區) _____ 村(里) _____ 鄰 _____ 路 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號之 _____ 樓							
居住地址	縣(市) _____ 鄉(鎮/市/區) _____ 村(里) _____ 鄰 _____ 路 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號之 _____ 樓								
電話	宅		公		手機				

安全聯絡人	姓名		與兒少關係		電話		連絡地址		
	方便聯絡時間				方便聯繫方式				
	其他可聯絡之親友	姓名		與兒少關係		電話		連絡地址	
	其他相關資訊								

兒少保護情事 (可複選)	<input checked="" type="checkbox"/> 兒少有下列行為者 <input type="checkbox"/> 兒少施用毒品、非法施用管制藥品或其他有害身心健康之物質。 <input type="checkbox"/> 兒少充當酒家、特種咖啡茶室、限制級電子遊戲場及其他涉及賭博、色情、暴力等足以危害其身心健康場所之侍應。								
	<input checked="" type="checkbox"/> 任何人對兒少有下列行為者：								
	<input type="checkbox"/> 遺棄 <input type="checkbox"/> 身心虐待 <input type="checkbox"/> 利用其從事有害健康等危險性活動或欺騙之行為 <input type="checkbox"/> 利用身心障礙或畸形兒童供人參觀。								
	<input type="checkbox"/> 利用其行乞。 <input type="checkbox"/> 剝奪或妨礙其接受國民教育之機會。 <input type="checkbox"/> 強迫其婚嫁。 <input type="checkbox"/> 拐騙、綁架、買賣、質押，或以其為擔保之行為。								
	<input type="checkbox"/> 強迫、引誘、容留或媒介其為猥褻行為或性交。 <input type="checkbox"/> 供應刀械或其他危險物品。								
	<input type="checkbox"/> 利用其拍攝或錄製暴力、猥褻、色情或其他有害其身心發展之出版品、影片、光碟、網際網路或其他物品。								
	<input type="checkbox"/> 違反媒體分級辦法，對其提供或播送有害其身心發展之出版品、影片、光碟、網際網路或其他物品。								
	<input type="checkbox"/> 帶領或誘使其進入有礙其身心健康之場所。								
	<input type="checkbox"/> 強迫、引誘、容留或媒介兒童及少年為自殺行為(請併通報當地社區心理衛生中心或自殺防治中心)。								
	<input type="checkbox"/> 其他對兒童及少年或利用兒童及少年犯罪或為不正當之行為。								
<input checked="" type="checkbox"/> 下列緊急情況，建議立即以電話聯繫當地主管機關社工員評估處理，並依兒少保護通報及處理辦法第 6 條規定，於主管機關處理前，提供兒少適當之保護及照顧。									
<input type="checkbox"/> 兒少有以上列舉之保護情事，致其生命身體或自由有立即之危險或有危險之虞者。(限有填列上開選項者)									
<input type="checkbox"/> 兒少未受適當之養育或照顧，致其生命身體或自由有立即之危險或有危險之虞者。									
<input type="checkbox"/> 兒少有立即接受診治之必要，但未就醫者，致其生命身體或自由有立即之危險或有危險之虞者。									
<input type="checkbox"/> 兒少遭受其他迫害，致其生命身體或自由有立即之危險或有危險之虞者。									

注意事項	1. 依兒童及少年福利法第 34 條規定，責任通報人員在執行職務時知有兒童及少年保護事件，應立即通報當地主管機關，並於 24 小時內填具本通報表送當地主管機關，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。 2. 受理通報表之縣市主管機關，轉介兒少所在地之縣市者，如係屬兒少保護個案，應於轉介後 24 小時內確認受理轉介縣市是否有同步進行調查及訪視，受理轉介縣市依規定於 4 日內完成調查訪視，回報轉介縣市。
-------------	--

1 本國籍非原住民 / 2 本國籍原住民：201 布農 202 排灣 203 賽夏 204 阿美 205 魯凱 206 泰雅 207 卑南 208 達悟(雅美) 209 鄒 210 邵 211 噶瑪蘭 212 太魯閣 213 撒奇萊雅 214 賽德克 215 其他(請敘明) 3 大陸籍 / 4 港澳籍 / 5 外國籍：501 泰國 502 印尼 503 菲律賓 504 越南 505 柬埔寨 506 蒙古 507 其他(請敘明) 6 無國籍 / 7 資料不明

表 2 高風險家庭

★通報兒少保護個案者，請勿填列此表

家庭風險因素評估	<input type="checkbox"/> 家庭成員關係紊亂或家庭衝突：如家中成人時常劇烈爭吵、無婚姻關係帶年幼子女與人同居、或有離家出走之念頭者等，以致影響兒少日常生活食衣住行育醫等照顧者功能者。
	<input type="checkbox"/> 家中兒童少年父母或主要照顧者罹患精神疾病、酒癮、藥癮並未就醫或未持續就醫，以致影響兒少日常生活食衣住行育醫等照顧者功能者。
	<input type="checkbox"/> 家中兒童少年父母或主要照顧者有自殺風險個案，尚未強迫、引誘、容留或媒介兒童及少年為自殺行為，惟影響兒少日常生活食衣住行育醫等照顧者功能者。(請併通報當地社區心理衛生中心)。
	<input type="checkbox"/> 因貧困、單親、隔代教養或其他不利因素，以致影響兒少日常生活食衣住行育醫等照顧者功能者。
	<input type="checkbox"/> 非自願性失業或重複失業者：負擔家計者遭裁員、資遣、強迫退休等，以致影響兒少日常生活食衣住行育醫等照顧者功能者。
	<input type="checkbox"/> 負擔家計者死亡、出走、重病、入獄服刑等，以致影響兒少日常生活食衣住行育醫等照顧者功能者。

案情簡述：(請具體陳述兒少受照顧、家庭親子互動狀況、經濟及其他特殊狀況)

案家已領有低收入戶中低收入兒少生活補助弱勢兒少緊急生活扶助身障生活補助急難救助其他(請說明)

轉介單位已提供服務，請說明：

其他相關資訊：

1 本國籍非原住民／ 2 本國籍原住民：201 布農 202 排灣 203 賽夏 204 阿美 205 魯凱 206 泰雅 207 卑南 208 達悟(雅美) 209 鄒 210 邵 211 噶瑪蘭 212 太魯閣 213 撒奇萊雅 214 賽德克 215 其他(請敘明) 3 大陸籍／4 港澳籍／5 外國籍：501 泰國 502 印尼 503 菲律賓 504 越南 505 柬埔寨 506 蒙古 507 其他(請敘明) 6 無國籍／7 資料不明