

※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 103.01.01 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				
	籍別	<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)				
	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)				
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 其他				
	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】		
	身心障礙	<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;詳所附範例) <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：					
安全聯絡方式	聯絡人姓名：	電話：【宅】	【公】	【手機】		
	與被害人關係：	地 址：				

	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	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							
疑人	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"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明 <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_____） <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_____） 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_____） 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 <input type="checkbox"/> 其他						
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 四、案情補充概述（含特別提醒事項）：							
已予協助事項	<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"/> 已通知 <u>警察局領取證物盒</u> <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。 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。 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。							

性侵害案件受案評估摘要（以下由受理通報單位人員勾選填報）

本事件不適用本通報表，已另轉_____處理。

本事件被害人是否為首次通報？是 否

本事件是否已完成評估？是（以下免填）否（請續填以下各項）

一、第一次聯繫日期：中華民國 年 月 日 時 分

二、評估日期：中華民國 年 月 日 時 分

三、聯繫方式：面談 電話 家訪 書函 網路 其他

四、聯繫對象：被害人本人家屬或安全聯絡人政府機關民間團體其他

五、本案是否為本直轄市、縣（市）管轄？ 是 否，擬轉_____處理。

六、被害人現屬國籍別：

本國籍非原住民（原籍非本國籍，原籍為大陸籍港澳籍外國籍（泰國印尼菲律賓越南柬埔寨蒙古其他_____） 無國籍 資料不明

本國籍原住民（布農 排灣 賽夏 阿美 魯凱 泰雅 卑南 達悟（雅美） 鄒 邵 噶瑪蘭 太魯閣 撒奇萊雅 賽德克 其他_____）

大陸籍 港澳籍 外國籍（泰國印尼菲律賓越南柬埔寨蒙古其他_____）

七、被害人後續是否願意社工介入協助？ 是 否

八、開案評估：

是

否，原因：

其為 18 歲以上被害人且拒絕協助

其他：（請敘明原因）

處遇中個案

九、案件類型（單選）：

告訴乃論案件

未滿 18 歲之人對未滿 16 歲之人為合意性交（兩小無猜）

未滿 18 歲之人對未滿 16 歲之人為合意猥褻案件（兩小無猜）

夫妻間強制性交

夫妻間強制猥褻案件

非告訴乃論案件

十、本案發生地是否為下列處所？社會福利機構或其他機構（單位名稱：_____）

高級中等以下有提供住宿之學校或其他機構（單位名稱：_____）

均非機構或學校

十一、兩造關係類別：配偶 前配偶 直系親屬 旁系親屬 家人的朋友 客戶關係上司／下屬（含主僱關係）

未婚夫／妻 男／女朋友 前男／女朋友 普通朋友 同事 同學 網友 師生關係

鄰居 其他（請說明：_____） 不認識

十二、評估人姓名_____；職稱_____；主管人員核章_____