

※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】 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 份 證 統 一 編 號  (或護照號碼)	
嫌    人	<div>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</div> <div>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</div>							
	現  屬	<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_____）						
		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						
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 checked="" 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。 <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。							

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、連繫方式：☐面談 ☐電話 ☐家訪 ☐書函 ☐網路 ☐其他

四、連繫對象：☐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\_\_\_\_\_