

## 附件二

<b>※密件</b> 請傳 _____ 縣(市)(通報窗口請縣市政府自行決定填列) 電話: _____ 傳真: _____ 電子郵件信箱: _____																															
<b>兒童少年保護及高風險家庭通報表</b> <span style="float: right;">自 100.01.01 起適用</span>																															
● 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 _____ 年 _____ 月 _____ 日 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"/> 聾(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 _____																														
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>姓名</th> <th>性別</th> <th>出生日期或年齡</th> <th>國籍別 (請填下方代碼或以文字說明)</th> <th>其他相關資訊</th> </tr> <tr> <td>1. _____</td> <td><input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td><input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td><input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>4. _____</td> <td><input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>5. _____</td> <td><input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	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	_____	_____	_____
	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	_____	_____	_____																										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>姓名</th> <th>出生日期或年齡</th> <th>國籍別 (請填下方代碼或以文字說明)</th> <th>連絡地址</th> <th>電話</th> </tr> <tr> <td>父: _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>同兒少 <input type="checkbox"/>戶籍地址 <input type="checkbox"/>居住地址 其他連絡地址 _____</td> <td>宅 _____ 公 _____ 手機 _____</td> </tr> <tr> <td>母: _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>同兒少 <input type="checkbox"/>戶籍地址 <input type="checkbox"/>居住地址 其他連絡地址 _____</td> <td>宅 _____ 公 _____ 手機 _____</td> </tr> <tr> <td>其他(與兒少關係): _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>同兒少 <input type="checkbox"/>戶籍地址 <input type="checkbox"/>居住地址 其他連絡地址 _____</td> <td>宅 _____ 公 _____ 手機 _____</td> </tr> </table>	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 其他連絡地址 _____	宅 _____ 公 _____ 手機 _____	母: _____	_____	_____	同兒少 <input type="checkbox"/> 戶籍地址 <input type="checkbox"/> 居住地址 其他連絡地址 _____	宅 _____ 公 _____ 手機 _____	其他(與兒少關係): _____	_____	_____	同兒少 <input type="checkbox"/> 戶籍地址 <input type="checkbox"/> 居住地址 其他連絡地址 _____	宅 _____ 公 _____ 手機 _____										
	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 其他連絡地址 _____	宅 _____ 公 _____ 手機 _____																											
母: _____	_____	_____	同兒少 <input type="checkbox"/> 戶籍地址 <input type="checkbox"/> 居住地址 其他連絡地址 _____	宅 _____ 公 _____ 手機 _____																											
其他(與兒少關係): _____	_____	_____	同兒少 <input type="checkbox"/> 戶籍地址 <input type="checkbox"/> 居住地址 其他連絡地址 _____	宅 _____ 公 _____ 手機 _____																											
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 <b>表 1</b> ; <input type="checkbox"/> 高風險家庭: 請續填 <b>表 2</b>																															

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 年 月 日 或年齡 ( 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		
安全聯絡人	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		
兒少保護情事(可複選)	姓名	與兒少關係	電話 連絡地址
	方便聯絡時間	方便聯絡方式	
	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		
<p><input checked="" type="checkbox"/>兒少有下列行為者</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>任何人對兒少有下列行為者：</p> <p><input type="checkbox"/>遺棄<input type="checkbox"/>身心虐待<input type="checkbox"/>利用其從事有危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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/>帶領或誘使其進入有礙其身心健康之場所。</p> <p><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)。</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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)</p> <p><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。</p> <p><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。</p> <p><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。</p>			
注意	<p>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，依法處罰新臺幣 6 千元以上 3 萬元以下罰鍰。</p> <p>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。</p>		
<p>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</p>			

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