

※密件 請傳 _____ 縣(市)家庭暴力暨(及)性侵害防治中心

電話：
電子郵件信箱：

傳真： 附件(二)

性侵害犯罪事件通報表

通報時間： 年 月 日 時 分

通報人	通報單位	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所 <input type="checkbox"/> 衛生 <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"/> 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"/> 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					
被 害 人	姓 名				職 稱	電 話	
	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)		
	國 籍 別	<input type="checkbox"/> 本國籍非原住民 <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"/> 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 _____)					
被 害 人	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					
被 害 人	戶籍地址						
	聯絡地址						
被 害 人	電話	【宅】	【公】	【手機】			
	疑似身心障礙者	<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"/> 精神病患 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 其他 _____) <input type="checkbox"/> 非身心障礙者					
被 害 人	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					
被 害 人	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：_____					
	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 人與 被害 人之 關係	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)					
	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"/> 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"/> 客戶關係 <input type="checkbox"/> 師生關係 <input type="checkbox"/> 鄰居 <input type="checkbox"/> 上司/下屬(含主僱關係) <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 不認識					
受 害 經 過	一、時間(最近一次)	年 月 日			時		
	二、案發地點	_____ 縣(市) _____ 鄉(鎮、市、區)					
受 害 經 過	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"/> 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)					
	四、案情補充概述						
已予協助事項	<input type="checkbox"/> 驗傷診療 <input type="checkbox"/> 報案(警察局：_____) <input type="checkbox"/> 陪同偵訊(社工員姓名：_____)						
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：					
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， <u>至遲不得超過24小時</u> 。 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。 <u>警政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。</u> 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。						

