

性侵害通報表

※密件 請傳高雄市家庭暴力及性侵害防治中心

電話：5355920 分機 403、404 傳真：3356203

線上通報網址：<http://ecare.moi.gov.tw>(關懷 e 起來)

性侵害犯罪事件通報表自 102.01.01 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
被 害 人	姓名			代號			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)			
	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)						
	別	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						
人	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】			

<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） <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：_____						
嫌 疑 人	<table border="1"> <tr> <td>主嫌疑 人姓名</td> <td>性 別</td> <td><input type="checkbox"/>男<input type="checkbox"/>女</td> <td>出生 日期</td> <td>年 月 日</td> <td>身分證統一編號 (或護照號碼)</td> </tr> </table> 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	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)
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)		
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）：_____						

<p>已予協助事項</p>	<p><input type="checkbox"/>無</p> <p><input type="checkbox"/>有，已協助事項：</p> <p><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"/>報案(警察局：)</p> <p><input type="checkbox"/>陪同偵訊(社工員姓名：) <input type="checkbox"/>其他：</p>
<p>備註說明</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>三、本通報表除通報當地主管機關外，通報單位需自存乙份。</p> <p>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。</p>