

兒少保護案件 家防中心 電話：5350113，傳真：3356203 線上通報網址：http://ecare.moi.gov.tw	高風險家庭通報 社工科辦公室 電話：3373381-3，傳真：3303628 線上通報網址：http://ecare.moi.gov.tw
--	---

**兒童少年保護及高風險家庭通報表**

自 101.01.01 起適用

- 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"/> 警事人員 <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

通報之兒童及少年	姓名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期或年齡	年 月 日 ( 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)											
	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"/> 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

手足	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				
父母 / 監護人 / 主要照顧者	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		宅
				其他連絡地址		公
						手機
	母:			同兒少 <input type="checkbox"/> 戶籍地址 <input type="checkbox"/> 居住地址		宅
				其他連絡地址		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		宅	
			其他連絡地址		公	
					手機	

<b>個案類型</b> (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>
----------------------------------	--

<b>表 1</b>	<b>兒少保護個案</b>	★通報高風險家庭者, 請勿填列此表
<b>案情陳述</b>	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

<b>〈疑似〉施虐者 無則免填</b>	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		
	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						
	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					

<b>安全聯絡人</b>	姓名	與兒少關係	電話	連絡地址	
	方便聯絡時間	方便聯繫方式			
	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				

<b>兒少保護情事 (可複選)</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 兒少有下列 為者 <input type="checkbox"/> 兒少施 _____、非 施 _____ 或其他有害身心 _____ 之 _____ <input type="checkbox"/> 兒少充 家、_____、電 _____ 其他 _____、情、等 以 害其身心 _____ 所之 _____	
	<input checked="" type="checkbox"/> 人 兒少有下列 為者： <input type="checkbox"/> _____ 身心虐 <input type="checkbox"/> 其 _____ 有害 _____ 等 險性 _____ 或 _____ 之 為 <input type="checkbox"/> 身心障礙或 形兒 供人 <input type="checkbox"/> 其 _____ <input type="checkbox"/> 或 礙其 受國 教育之機 <input type="checkbox"/> 其 _____、_____、_____、_____，或以其為 保之 為 <input type="checkbox"/> _____、_____、或 其為 _____ 為或性 <input type="checkbox"/> 供 _____ 或其他 險 <input type="checkbox"/> 其 _____ 或 _____、_____、情或其他有害其身心發 之出 _____、_____、_____、_____ 路或其他 <input type="checkbox"/> _____ 分 _____，其提供或 _____ 有害其身心發 之出 _____、_____、_____、_____ 路或其他 <input type="checkbox"/> 領或 其 _____ 有礙其身心 _____ 之 所 <input type="checkbox"/> _____、_____、或 兒 少年為自 _____ 為(請 通報 地 區心 _____ 生中心或自 _____ 中心) <input type="checkbox"/> 其他 兒 少年或 兒 少年 或為不 _____ 之 為	
	<input checked="" type="checkbox"/> <u>父母、 護人或其他 照顧兒 少年之人</u> 兒少有下列 為者： <input type="checkbox"/> 兒 _____ 發生 險或傷害之 _____ <input type="checkbox"/> _____ 歲以下兒 或 _____ 別 護之兒 少年，其 _____ 或 不 _____ 之人代為照顧	
	<input checked="" type="checkbox"/> 下列 情 _____，以電話聯繫 地 _____ 機關 員 _____， <u>兒少保護通報</u> _____， <u>機</u> <u>關</u> _____，提供兒少 _____ 之保護 照顧	
	<input type="checkbox"/> 兒少有以上列 之保護情 _____，其生 身 或自 有 _____ 之 險或有 險之 者 ( 有填列上 選 者 ) <input type="checkbox"/> 兒少 受 _____ 之養育或照顧，其生 身 或自 有 _____ 之 險或有 險之 者 <input type="checkbox"/> 兒少有 _____ 受 _____ 之 _____，者，其生 身 或自 有 _____ 之 險或有 險之 者 <input type="checkbox"/> 兒少 受其他 害，其生 身 或自 有 _____ 之 險或有 險之 者	

1	<u>兒 少年 與 保障</u> _____，通報人員 _____ 職 時 有兒 少年保護 _____，通報 地 _____ 機關， 2 小時 填 通報表 _____ 地 _____ 機關，通報 者 _____，以上 _____ 以下 _____
2	受 通報表之縣市 _____ 機關，兒少所 _____ 地之縣市者，如係 兒少保護個案，2 小時 _____ 受 _____ 縣市是否有同 視，受 _____ 縣市 _____ 日 _____ 視，報 _____ 縣市

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)

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

- 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。
- 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。
- 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或自殺防治中心)。
- 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。
- 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。
- 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)

一、家庭概況(包括家庭成員資訊、兒少主要照顧者經濟、就業情形與生活環境等)

二、兒少受不適當照顧之情事說明

三、重要提醒事項

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：

<b>注 意 事 項</b>	<b><u>依兒童及少年福利與權益保障法第 54 條規定，醫事人員、社會工作人員、教育人員、保育人員、警察、司法人員、村（里）幹事、村（里）長、公寓大廈管理服務人員及其他執行兒童及少年福利業務人員，於執行業務時知悉兒童及少年家庭遭遇經濟、教養、婚姻、醫療等問題，致兒童及少年有未獲適當照顧之虞，應通報直轄市、縣（市）主管機關。</u></b>
----------------------------	---

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