

※密件 請傳

縣（市）家庭暴力暨（及）性侵害防治中心

電話：

附件三

電子郵件信箱：

傳真：

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<br><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）<br><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）<br><input type="checkbox"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明                                                                                                                                                                                                                   |                |                                                       |  |  |
|            | 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<br><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）                                                                                                                                                                      |                |                                                       |  |  |
|            | 籍                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                       |  |  |
|            | 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）<br><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）<br><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<br><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：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                                                       |  |  |

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                                                       |            |           |                        |  |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------|------------|-----------|------------------------|--|
| 主 嫌 疑<br>人 姓 名 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 性<br>別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出 生<br>日 期 | 年   月   日 | 身分證統一編號<br><br>(或護照號碼) |  |
|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |        |                                                       |            |           |                        |  |
| 嫌 疑 人          | 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）<br><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<br><input type="checkbox"/> 鄰居 <input type="checkbox"/> 其他（請說明：_____） <input type="checkbox"/> 不認識                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                                                       |            |           |                        |  |
| 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）<br><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<br><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）<br><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 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。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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |        |                                                       |            |           |                        |  |
|                | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |                                                       |            |           |                        |  |