

受 理 家 庭 暴 力 事 件 通 報 表

通報單位	<input type="checkbox"/> 醫院、診所：(名稱： _____ 電話： _____) <input type="checkbox"/> 警察機關：(名稱： _____ 電話： _____) <input type="checkbox"/> 社 政：(名稱： _____ 電話： _____) <input type="checkbox"/> 教 育：(名稱： _____ 電話： _____) <input type="checkbox"/> 衛 生：(名稱： _____ 電話： _____) <input type="checkbox"/> 其 他：(名稱： _____ 電話： _____)														
被 害 人	姓名 或代號	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齡	關 係						姓名 或代號	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齡	
	姓名 或代號	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齡	關 係						姓名 或代號	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齡	
	姓名 或代號	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齡	關 係						姓名 或代號	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齡	
	姓名 或代號	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齡	關 係						姓名 或代號	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齡	
	住居所				電話 聯 絡					住居所				電話 聯 絡	
受 害 狀 況	一、最近一次發生時間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 二、最近一次發生地點： _____ 縣(市) _____ 鄉(鎮、市、區) 三、被害人及其家庭成員遭受何種何種暴力？ <input type="checkbox"/> 性侵害 <input type="checkbox"/> 肢體傷害 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 遺棄 <input type="checkbox"/> 精神虐待 <input type="checkbox"/> 其他 四、如何知悉家庭暴力？ <input type="checkbox"/> 被害人告知 <input type="checkbox"/> 家庭成員告知 <input type="checkbox"/> 明顯外傷 <input type="checkbox"/> 其他 五、補充概述： _____														
是 否 需 要 協 助	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 需要協助事項： <input type="checkbox"/> 聲請保護令 <input type="checkbox"/> 緊急安置 <input type="checkbox"/> 法律扶助 <input type="checkbox"/> 子女教育問題 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 安全的聯絡方式： _____														
備 註	一、依家庭暴力防治法第四十一條第一項規定，各機關人員在執行職務時知有家庭暴力之犯罪嫌疑者，應通報當地家庭暴力防治中心；未盡通報責任，依法應處新臺幣六千元以上三萬元以下罰鍰。 二、通報人應向被害人說明通報義務，並提供各項權益資料。 三、通報方式以傳真或郵寄為之均可，通報時應注意維護被害人之秘密或隱私，不得洩露或公開。 四、本通報表除提報當地家庭暴力防治中心外通報單位需自存乙份。 五、同一案以填寫一份表格為原則。														
報 人 稱		姓 名		通 報 時 間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分										

