

※密件

請傳\_\_\_\_\_縣(市)(通報窗口請縣市政府自行決定填列)電話：\_\_\_\_\_  
電子郵件信箱：\_\_\_\_\_

傳真：\_\_\_\_\_

## 兒童少年保護及高風險家庭通報表

- 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，僅涉違反兒少福利與權益保障法之裁處，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<br>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"/> 移民業務機關 <input type="checkbox"/> 113 <input type="checkbox"/> 防治中心 <input type="checkbox"/> 民政 <input type="checkbox"/> 戶政 <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"/> 教保服務人員 <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<br>之<br>兒<br>童<br>及<br>少<br>年                         | 姓名                       | _____                                                                                                                                                                                                                                             |       | 性別                                                                                  | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生日期<br>或年齡                                           | 年 月 日<br>( _____ 歲) | 身分證統一編號<br>(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 |
|                                                          | 電話                       | 宅                                                                                                                                                                                                                                                 | _____ |                                                                                     | 公                                                     | _____                                                 |                     | 手機                                                              | _____ |        |       |     |
|                                                          | 手<br>足                   | 姓名                                                                                                                                                                                                                                                | _____ |                                                                                     | 性別                                                    | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生日期或年齡             | 國籍別<br>(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<br>母<br>/<br>監<br>護<br>人<br>/<br>主<br>要<br>照<br>顧<br>者 | 姓名                       | _____                                                                                                                                                                                                                                             |       | 出生日期<br>或年齡                                                                         | _____                                                 | 國籍別<br>(請填下方代碼或以文字說明)                                 | 身分證統一編號<br>(或護照號碼)  |                                                                 | 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      | _____ |     |
|                                                          |                          | _____                                                                                                                                                                                                                                             |       | _____                                                                               | _____                                                 | _____                                                 |                     | 其他連絡地址                                                          |       | 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      | _____ |     |
|                                                          |                          | _____                                                                                                                                                                                                                                             |       | _____                                                                               | _____                                                 | _____                                                 |                     | 其他連絡地址                                                          |       | 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      | _____ |     |
|                                                          |                          | _____                                                                                                                                                                                                                                             |       | _____                                                                               | _____                                                 | _____                                                 |                     | 其他連絡地址                                                          |       | 手機     | _____ |     |
| 個案類型                                                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                   |       | <input type="checkbox"/> 兒少保護：請續填 表 1 ； <input type="checkbox"/> 兒童及少年高風險家庭：請續填 表 2 |                                                       |                                                       |                     |                                                                 |       |        |       |     |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |             |                  |                    |      |  |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------|------------------|--------------------|------|--|
| (請擇一勾選，勿漏填，勿重複) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |             |                  |                    |      |  |
| 表 1             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 兒少保護個案                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |             | ★通報高風險家庭者，請勿填列此表 |                    |      |  |
| 案情陳述            | 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： )<br><input type="checkbox"/> 學校 (學校名稱： )<br><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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |             |                  |                    |      |  |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |             |                  |                    |      |  |
| 疑似施虐者           | 姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 性別                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生日期<br>或年齡 | 年 月 日<br>( 歲)    | 身分證統一編號<br>(或護照號碼) |      |  |
|                 | 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<br><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                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |             |                  |                    |      |  |
| 安全聯絡人           | 電話                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 宅                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 公                                                                                                                                                                                                                                               |                                                       | 手機          |                  |                    |      |  |
|                 | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |             |                  |                    |      |  |
| 兒少保護情事(可複選)     | <input checked="" type="checkbox"/> 兒少有下列行為者<br><input type="checkbox"/> 兒少施用毒品、非法施用管制藥品或其他有害身心健康之物質。<br><input type="checkbox"/> 兒少充當酒家、特種咖啡茶室、限制級電子遊戲場及其他涉及賭博、色情、暴力等足以危害其身心健康場所之侍應。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |             |                  |                    |      |  |
|                 | <input checked="" type="checkbox"/> 任何人對兒少有下列行為者：<br><input type="checkbox"/> 遺棄 <input type="checkbox"/> 身心虐待 <input type="checkbox"/> 利用其從事有害健康等危險性活動或欺騙之行為 <input type="checkbox"/> 利用身心障礙或畸形兒童供人參觀。<br><input type="checkbox"/> 利用其行乞。 <input type="checkbox"/> 剝奪或妨礙其接受國民教育之機會。 <input type="checkbox"/> 強迫其婚嫁。 <input type="checkbox"/> 拐騙、綁架、買賣、質押，或以其為擔保之行為。<br><input type="checkbox"/> 強迫、引誘、容留或媒介其為猥褻行為或性交。 <input type="checkbox"/> 供應刀械或其他危險物品。<br><input type="checkbox"/> 利用其拍攝或錄製暴力、猥褻、色情或其他有害其身心發展之出版品、圖畫、錄影節目帶、影片、光碟、磁片、電子訊號、遊戲軟體、網際網路或其他物品。<br><input type="checkbox"/> 迫使或誘使處於對其生命、身體易發生立即危險或傷害之環境。<br><input type="checkbox"/> 帶領或誘使其進入有礙其身心健康之場所。<br><input type="checkbox"/> 強迫、引誘、容留或媒介兒童及少年為自殺行為(請併通報當地社區心理衛生中心或自殺防治中心)。<br><input type="checkbox"/> 其他對兒童及少年或利用兒童及少年犯罪或為不正當之行為。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |             |                  |                    |      |  |
|                 | <input checked="" type="checkbox"/> 父母、監護人或其他實際照顧兒童及少年之人對兒少有下列行為者：<br><input type="checkbox"/> 對於 6 歲以下兒童或需要特別看護之兒童及少年，使其獨處或由不適當之人代為照顧。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |             |                  |                    |      |  |
|                 | <input checked="" type="checkbox"/> 下列緊急情況，建議立即以電話聯繫當地主管機關社工員評估處理，於主管機關處理前，提供兒少適當之保護及照顧。<br><input type="checkbox"/> 兒少有以上列舉之保護情事，致其生命身體或自由有立即之危險或有危險之虞者。(限有填列上開選項者)<br><input type="checkbox"/> 兒少未受適當之養育或照顧，致其生命身體或自由有立即之危險或有危險之虞者。<br><input type="checkbox"/> 兒少有立即接受診治之必要，但未就醫者，致其生命身體或自由有立即之危險或有危險之虞者。<br><input type="checkbox"/> 兒少遭受其他迫害，致其生命身體或自由有立即之危險或有危險之虞者。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |             |                  |                    |      |  |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |             |                  |                    |      |  |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |             |                  |                    |      |  |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |             |                  |                    |      |  |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |             |                  |                    |      |  |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |             |                  |                    |      |  |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |             |                  |                    |      |  |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |             |                  |                    |      |  |
|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |             |                  |                    |      |  |

|      |                                                                                                                                                                                                                                     |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 注意事項 | 1. 依兒童及少年福利與權益保障法第 53 條規定，責任通報人員在執行職務時知有兒童及少年保護事件，應立即通報當地主管機關，並於 24 小時內填具本通報表送當地主管機關，未盡通報責任者，依法應處新臺幣 6 千元以上 3 萬元以下罰鍰。<br>2. 受理通報表之縣市主管機關，轉介兒少所在地之縣市者，如係屬兒少保護個案，應於轉介後 24 小時內確認受理轉介縣市是否有同步進行調查及訪視，受理轉介縣市依規定於 4 日或 30 日內完成調查訪視，回報轉介縣市。 |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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)  
 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

表 2 兒童及少年高風險家庭

★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)

案家已領有☐低收入戶☐弱勢兒少生活扶助☐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：

**注意事項** 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、教保服務人員、警察、司法人員、移民業務人員、戶政人員、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。

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