**臺灣臺北地方檢察署司法保護中心關懷通報表**

**附件17**

**□緊急通報：如檢察官認有人命危害之虞請勾選後交法警傳真受關懷對象之轄區分局勤務指揮中心，並請法警去電確認；另依各該通報類別傳真轉介資源窗口一覽表之受理窗口。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □社會矚目案件 **本署個案(**告訴人/被告)**基本資料 年 字第 號 股** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | \*姓名 |  | | | \*出生 |  | | \*身分證 | |  | | | | \*性別 | □男 □女 | | 戶籍地址 | | |  | | | | | | | | 電話 |  | | | | 居住地址 | | |  | | | | | | | | 手機 |  | | | | \*被告罪名 | |  | | \*刑期 | |  | | \*是否受監禁等情形 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **受關懷對象基本資料** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*姓名 | |  | | | | 出生 | | | |  | | | | 身分證 | | | |  | | | | | | | | | \*性別 | | □男 □女 | |
| 戶籍地址 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | \*電話 | |  | | | | | | |
| \*居住地址 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | \*手機 | |  | | | | | | |
| 聯絡人 | | |  | | | 關係 | | | | |  | | | | | 聯絡方式 | | | | |  | | | | | | | | | |
| \*主要需受幫助為何 | | | |  | | | | | | | | | | | | | \*受關懷對象與告訴人/被告關係 | | | | | | | | | | | | |  |
| 是否同意將個人資料交給政府機關、社會福利機構、團體，並供做法務部統計或學術研究之用，以及是否同意本署或上述其他相關單位聯繫受關懷者。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □同意  □不同意 | | |
| **個案類型**  **（勿漏填）** | | | | **關懷通報 □自殺高風險個案(填表1)**  **□精神疾病患者(填表2)**  **□需社會救助者(填表3)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **通報事項(請依需求個別填列)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 表1自殺高風險個案 | 有無實際自殺行為 | | | | | | | □無 □有，日期\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自殺方式 | | | | | | |  | | | | | | | 自殺原因 | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 過去精神疾病史 | | | | | | | | | | | | | | □不詳  □無  □有，疾病診斷：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個案是否願意接受後續訪視、轉介服務 | | | | | | | | | | | | | | □是 □否 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 表2精神疾病患者 | 身心障礙手冊 | | | | | | □無 □有， 程度：□輕度 □中度 □重度 □極重度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 遭遇狀況 | | | | | □遺棄 □身心虐待 □被限制自由 □被強迫或誘騙身心障礙者結婚□被利用行乞或供人參觀 □生活面臨多重問題且無法自行解決  □無生活自理能力，被留置於易發生危險或傷害之環境  □病情不穩定且自行就醫及服從醫囑有顯著困難者  □其他或被利用為犯罪或不正當之行為 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 表3需社會救助者 | 急難救助 | | | | | □戶內人口死亡無力殮葬  □戶內人口遭受意外傷害或罹患重病，致生活陷於困境  □負家庭主要生計責任者，無法工作致生活陷於困境  □財產或存款帳戶因遭強制執行、凍結或其他原因未能及時運用，致生活陷於困境  □已申請福利項目或保險給付，尚未核准期間生活陷於困境  □其他因遭遇重大變故，致生活陷於困境 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 醫療補助 | | | | | 罹患傷病名 | | | | | |  | | | | | | | 自付醫療費用 | | | | |  | | | | | | |
| □低收入戶之傷、病患者  □患嚴重傷、病，所需醫療費用非其本人或扶養義務人所能負擔者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家戶狀況 | | | | | □有□無65歲以上者，健康狀況□佳□不佳/  □有□無身心障礙人口/ 同住者：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □有□無負債 / 主要負責經濟者：\_\_\_\_\_\_\_\_\_/健保卡□有□無鎖卡  **補充說明：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **連絡人/中心案號： 年司保字第 號** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **連絡人** | | |  | | | | | | **電話** | | | |  | | | | | | | **受案時間** | | | | | **年 月 日 時 分** | | | | | |
| **職稱** | | |  | | | | | | **傳真** | | | |  | | | | | | | **通報時間** | | | | | | **年 月 日 時 分** | | | | |

-------------------------回--------覆--------單------------------------

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受理單位 | |  | | |
| \*處理情形：  □ 開案處理。處理情形：  □ 轉介其他單位。受轉介單位： ，提供服務項目：  □ 未開案：□資格不符 □已接受服務中 □案主拒絕接受服務 □無法聯繫  □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \*建議處置或補充說明： | | | | |
| 承辦人 |  | | 聯絡電話 |  |
| 單位主管 |  | | 傳真 |  |
| 受理通報時間 | 年月日時分 | | 回覆時間 | 年月日時分 |

------------報------------請--------------結-------------案-------------

|  |  |
| --- | --- |
| 承辦人 | 督導 |
|  |  |

註：經中心督導核閱後，正本及本案相關資料送原承辦股，中心留存影本。

102/12/11製表