

※密件 請傳

縣(市)家庭暴力暨(及)性侵害防治中心 電話：

傳真：

成人性影像案件轉介表

自112年2月15日起適用

轉介單位	單位名稱	性影像處理中心				
	*轉介人姓名		*電話			
受保護/被害人	*姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	*出生日期 或年齡	年 月 日 (_____ 歲)
	身分證統一編號 (或護照號碼)		是否為 外籍勞工	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	就學 狀況	<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 高中(職)(<input type="checkbox"/> 在學 <input type="checkbox"/> 休學 <input type="checkbox"/> 畢業) <input type="checkbox"/> 大專以上(<input type="checkbox"/> 在學 <input type="checkbox"/> 休學 <input type="checkbox"/> 畢業) <input type="checkbox"/> 非學生				
	是否為 身心障礙者	<input type="checkbox"/> 是, 障別: _____ <input type="checkbox"/> 疑似, 障別: _____ <input type="checkbox"/> 非身心障礙者 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 其他: _____				
	◎居住地址:	縣(市) 鄉(鎮、市、區) 村(里) 鄰 路(街、道) 段 巷 弄 號 之 樓 居住地址是否須保密: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
	◎電話:	【宅】	【公】	【手機】		
	方便聯絡時間:	方便聯繫方式:				
安全聯絡人姓名:	電話:	【宅】	【公】	【手機】		
	與受保護(被害)人關係:					
案情陳述	簡述事發原因、經過...及其他補充事項					
服務需求	<input type="checkbox"/> 諮詢協談 <input type="checkbox"/> 庇護安置 <input type="checkbox"/> 陪同服務 <input type="checkbox"/> 驗傷診療 <input type="checkbox"/> 法律扶助 <input type="checkbox"/> 經濟扶助 <input type="checkbox"/> 心理諮商與輔導 <input type="checkbox"/> 就業服務 <input type="checkbox"/> 通譯服務 <input type="checkbox"/> 就學或轉學服務 <input type="checkbox"/> 轉介戒毒中心 <input type="checkbox"/> 其他扶助					
受暴類型(複選)	<input type="checkbox"/> 遭偷拍攝性影像 <input type="checkbox"/> 遭強迫拍攝性影像 <input type="checkbox"/> 遭他人以電腦合成或其他科技方法製造性影像 <input type="checkbox"/> 未經同意遭他人重製、交付、散布性影像 <input type="checkbox"/> 未經同意遭他人重製、交付、散布以電腦合成或其他科技方法製造之性影像 <input type="checkbox"/> 遭他人恐嚇散布性影像 <input type="checkbox"/> 遭他人恐嚇散布以電腦合成或其他科技方法製造之性影像 <input type="checkbox"/> 其他:(請說明)					
回復受理結果	接案單位: 接案人姓名: _____ ; 職稱: _____ ; 聯繫電話: _____					

符號說明:「*」為必填欄位「◎」為擇一填寫欄位