花蓮縣衛生局
Hualien County Health Bureau

花蓮縣家庭暴力相對人/關懷服務轉介單

104 年 4 月 24 日修
107 年 4 月 24 日更新

一、個案基本資料		
相對人姓名：	性別: □男 □女	出生年月日:
身分證字號:	教育程度:□(含)國小以下□國中□高中職 □大專 □(含)碩士以上	
就業狀況:□有，職業:_____ □ 無，失業時間起訖 _____ □不詳		
婚姻狀況: □未婚 □已婚，子女 ___ 人 □離婚 □同居 □分居 □喪偶（可複選）		
是否領有身心障礙證明: □是，障礙類別暨級別:_____ □否		
戶籍地址： 現居地址：□同上		電話: ( ) 手機:
被害人姓名：	性別: □男□女	出生年月日：
身分證字號:	教育程度: □(含)國小以下 □國中□高中職□大專 □(含)碩士以上	
就業狀況:□有，職業:_____ □ 無，失業時間起訖 _____ □不詳		
是否領有身心障礙證明: □是，障礙類別暨級別: _____ □否		
戶籍地址： 現居地址：□同上		電話: ( ) 手機:

被害人與相對人關係(可複選)

□夫妻 □同居 □前夫妻 □情人 □親子 □養親子 □手足 □其他:_____

兩造訴訟狀況：□無 □保護令審理中(□暫時保護令 □通常保護令)

□已核發保護令(□暫時保護令，核發時間:__年__月__日； □通常保護令，核發時間___年___月___日)

□抗告中: _____

□刑事傷害 □離婚訴訟 □民事訴訟 □其他：_____

案情簡述：（含 1. 家系圖、2. 家暴史、3. 處遇評估、4. 後續建議、5. 轉介原因與期待）

其它重要補充：(例如:相對人特殊身心狀況、犯罪紀錄或其他重要訊息)
轉介機構/單位：　　轉介人員：　　主管核章： 轉介日期：　　聯絡電話　：　　傳真電話： **＊本案已於____年____月___日 □已告知相對人 □已告知被害人，轉介相對人接受處遇服務。** **＊轉介請附被害人最近一次通報之 TIPVDA 量表。**

轉　介　回　覆　聯					
相對人姓名		被害人姓名		回覆日期	
回覆處理情形(應於接受轉介單後 2 週內回覆)	1.社工員訪視建議： □開案 (1)開案日期：___年___月___日 (2)協助事項：□轉介心理資源服務 □收案追蹤及關懷□其他，_____ □不開案： □資料不足，無法評估收案與否。 □無法聯繫個案，請確認行蹤或更正聯絡資料，再行轉介。 □不符收案標準，請 貴機關(構)持續關懷，必要時再轉介。 □個案主要需求非本計畫之服務項目。 □考量個案需求，以原轉介機關繼續提供服務為佳。 □其他原因，_____ 2.其他補充說明：				
回覆人		承辦人		主管核章	
傳真：(03) 823-6509，專線電話：(03) 824-6985、823-3251					