附件一：

請傳連江縣衛生福利局社會福利科 電話:0836-25022 傳真:0836-22995

**獨居兒童及少年通報表** 發現時間： 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 獨居兒童少年基本資料 | 姓名： | 聯絡電話： |
| 身分證字號： | 出生年月日： |
| 聯絡地址： 縣（市） 鄉（鎮、市、區） 村（里） 鄰  路 段 巷 弄 號 之 樓 | |
| 獨居兒童少年之**主要照顧者**基本資料 | 姓名： | 聯絡電話： |
| 身分證字號： | 出生年月日： |
| 聯絡地址： 縣（市） 鄉（鎮、市、區） 村（里） 鄰  路 段 巷 弄 號 之 樓 | |
| 通報  案由 | □獨居兒童少年（長時間獨自居住或與未成年手足同住）  □無父無母或無主要照顧者  □主要照顧者入獄  □其他：   * 獨處兒童少年（不定時或短時間獨留在家，無人看管）   □父母超時工作，無替代照顧資源，兒童需自我照顧。  □主要照顧者照顧功能不彰，無法妥善照顧兒童。  □家中有人生病無暇照顧  □其他： | |
| 案情  簡述 |  | |
| 初步  需求 | 1.□生活扶助2.□醫療健康3.□子女教育發展4.□社會支持5.□安置照顧  6.□居住服務7.□工作就業8.□家庭關係服務 | |
| 通報單位 ： 通報人： 聯絡電話： 傳真電話：  □需要回覆處理情形，□以電話回覆：╴╴╴╴╴ □以傳真回覆：╴╴╴╴╴  □不需要回覆處理情形 年 月 日 | | | |

……………………………..請回傳評估單位………………………………………………

|  |
| --- |
| 處理情形：   * 開案處理。 * 轉介其他單位，受理轉介單位：   □ 無需提供服務，原因：  受通知單位： 承辦人： 聯絡電話：  年 月 日 |