

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	<input type="checkbox"/> 獨居兒童少年(長時間獨自居住或與未成年手足同住) <input type="checkbox"/> 無父無母或無主要照顧者 <input type="checkbox"/> 主要照顧者入獄 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 獨處兒童少年(不定時或短時間獨留在家，無人看管) <input type="checkbox"/> 父母超時工作，無替代照顧資源，兒童需自我照顧。 <input type="checkbox"/> 主要照顧者照顧功能不彰，無法妥善照顧兒童。 <input type="checkbox"/> 家中有人生病無暇照顧 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
案情簡述		
初步需求	1. <input type="checkbox"/> 生活扶助 2. <input type="checkbox"/> 醫療健康 3. <input type="checkbox"/> 子女教育發展 4. <input type="checkbox"/> 社會支持 5. <input type="checkbox"/> 安置照顧 6. <input type="checkbox"/> 居住服務 7. <input type="checkbox"/> 工作就業 8. <input type="checkbox"/> 家庭關係服務	
通報單位： 通報人： 聯絡電話： 傳真電話： <input type="checkbox"/> 需要回覆處理情形， <input type="checkbox"/> 以電話回覆：_____ <input type="checkbox"/> 以傳真回覆：_____ <input type="checkbox"/> 不需要回覆處理情形 年 月 日		

.....請回傳評估單位.....

處理情形： <input type="checkbox"/> 開案處理。 <input type="checkbox"/> 轉介其他單位，受理轉介單位： <input type="checkbox"/> 無需提供服務，原因： 受通知單位： 承辦人： 聯絡電話： <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
