

備註：*為必填欄位、其他欄位則視單位現有資訊為主，再請轉介單位多加協助配合，謝謝。


勵馨基金會
 The Garden of Hope Foundation 新竹分事務所
目睹暴力兒少服務方案個案轉介單

個案姓名*	身分證字號*		個案： 主要照顧者：	
就讀學校與班級	出生年月日*		年 月 日	
地址	戶籍地：			
	現居地*：			
主要照顧者*	與個案* 關係	聯絡電話*	手機：	
姓名			住家：	
案家已有資源	<input type="checkbox"/> 婦/成保社工-單位/主責姓名： <input type="checkbox"/> 相對人社工-單位/主責姓名/聯絡方式： <input type="checkbox"/> 其他-單位/服務項目/社工姓名/聯絡方式：			
家系圖*				
家庭成員資訊	一、家庭概況*(例:家庭成員基本資料-姓名/年齡/就學(業)/身分別/國籍別/成員互動關係) 二、當次暴力事件與受暴者因應方式、受暴史 三、服務之後續處遇計畫			
目睹程度與情形評估				
1.目睹暴力持續時間	孩子從「 」歲開始目睹暴力，至今已持續目睹暴力「 」年的時間			
2.目睹暴力的頻繁程度	<input type="checkbox"/> 每次都目睹暴力 <input type="checkbox"/> 經常目睹 <input type="checkbox"/> 偶爾目睹 <input type="checkbox"/> 很少目睹 <input type="checkbox"/> 不曾目睹			
3.最近一次目睹暴力時間*	<input type="checkbox"/> 一星期內 <input type="checkbox"/> 一個月內 <input type="checkbox"/> 半年內 <input type="checkbox"/> 一年內 <input type="checkbox"/> 三年內 <input type="checkbox"/> 三年以上			
4.兒童目睹暴力的情形*	<input type="checkbox"/> 直接目睹且常被波及暴力而受傷或遭打罵 <input type="checkbox"/> 直接目睹但並未被暴力波及 <input type="checkbox"/> 躲在房間內聽到爭吵聲響 <input type="checkbox"/> 暴力完畢後看到結果或是聽聞他人轉述			

