

說明：本表提供各領域的專業人員在發現人口販運被害人時，能將所蒐集到的資料記錄下來，逕行通報主管機關或非政府組織以便相關單位能夠盡早提供協助。

人口販運事件通報表

※密件

電話：

傳真：

電子郵件信箱：

通報表

案件類型：☐人口販運兒少保護 ☐人口販運性剝削 ☐人口販運勞力剝削 ☐其他

| | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|---|-----|---|--------------|--|------|---|----------------|---|---|---|
| 通報人 | 通報單位 | <input type="checkbox"/> 警政 <input type="checkbox"/> 勞政 <input type="checkbox"/> 社政 <input type="checkbox"/> 醫療衛生 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 民政 <input type="checkbox"/> 戶政 <input type="checkbox"/> 移民管理 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | | | | | | | | |
| | 單位名稱 | | | | | 受理單位是否需回覆通報單位： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | |
| | 姓名 | 職稱 | | | 電話 | | | | | | | |
| | 受理時間 | 年 | 月 | 日 | 時 | 分 | 通報時間 | 年 | 月 | 日 | 時 | 分 |
| 受保護／被害人 | 姓名 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生日期 | 年 | 月 | 日 | 身分證統一編號（或護照號碼） | | | |
| | 國籍別 | <input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍（ <input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他_____） | | | | | | | | | | |
| | 教育程度 | <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 學齡前 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中（職） <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 自修 <input type="checkbox"/> 不詳 | | | | | | | | | | |
| | 主要語言 | | | 本地語言使用等級 | | 聽力： <input type="checkbox"/> 完全不懂 <input type="checkbox"/> 略懂 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 精通 口語： <input type="checkbox"/> 完全不懂 <input type="checkbox"/> 略懂 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 精通略懂 | | | | | | |
| | 職業 | <input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教軍警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 不詳 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 疑似身心障礙者（ <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 聲語障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 精神病患 <input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 其他_____） <input type="checkbox"/> 非身心障礙者 | | | | | | | | | | | |
| | 國家地址： | | | | | | | | | | | |
| | 聯絡地址：縣（市）鄉（鎮、市、區）村（里）鄰路路段巷弄號之樓 | | | | | | | | | | | |
| 相對人 | 電話：【宅】 | | 【公】 | | 【手機】 | | | | | | | |
| | 安全聯絡人： | | 電話： | | 與受保護（被害）人關係： | | | | | | | |
| | 姓名 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生日期 | 年 | 月 | 日 | 身分證統一編號（或護照號碼） | | | |
| | 國籍別 | <input type="checkbox"/> 本國籍非原住民 <input type="checkbox"/> 無國籍 <input type="checkbox"/> 資料不明 <input type="checkbox"/> 本國籍原住民（ <input type="checkbox"/> 布農 <input type="checkbox"/> 排灣 <input type="checkbox"/> 賽夏 <input type="checkbox"/> 阿美 <input type="checkbox"/> 魯凱 <input type="checkbox"/> 泰雅 <input type="checkbox"/> 卑南 <input type="checkbox"/> 達悟（雅美） <input type="checkbox"/> 鄒 <input type="checkbox"/> 邵 <input type="checkbox"/> 噶瑪蘭 <input type="checkbox"/> 太魯閣 <input type="checkbox"/> 其他_____） <input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 港澳籍 <input type="checkbox"/> 外國籍（ <input type="checkbox"/> 泰國 <input type="checkbox"/> 印尼 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 越南 <input type="checkbox"/> 柬埔寨 <input type="checkbox"/> 蒙古 <input type="checkbox"/> 其他_____） | | | | | | | | | | |
| | 戶籍地址： | | | | | | | | | | | |
| | 聯絡地址：縣（市）鄉（鎮、市、區）村（里）鄰路路段巷弄號之樓 | | | | | | | | | | | |
| | 電話：【宅】 | | 【公】 | | 【手機】 | | | | | | | |
| | 其他可聯絡之親友： | | 電話： | | | | | | | | | |
| 具體事實 | 一、發生時間：年 月 日 時 | | | | | | | | | | | |
| | 二、發生地點：縣（市）鄉（鎮、市、區）村（里）鄰路路段巷弄號之樓 | | | | | | | | | | | |
| | 三、案情陳述（如案發經過、已提供之協助、受剝削情形等）： | | | | | | | | | | | |

填表人：

單位主管：

※本表填寫完畢後，請傳真至 02-24252787 或郵寄至 20147 基隆市信義區信二路 205 號外事課彙辦，通報電話：110、02-24271857。