

# 臺北市性侵害被害人補助申請表

(11104 版)

※有無於臺北市政府市民服務大平臺線上申請：有/案件編號：\_\_\_\_\_

無/原因：\_\_\_\_\_

<b>被 害 人 基 本 資 料</b>	姓名		出生 年月日	民國	年	月	日	身 分 狀 況	<input type="checkbox"/> 一般
	身分證字號/ 居留證編號		聯絡 電話	手機：	住家：				<input type="checkbox"/> 原住民
	公文 送達地址	寄送至(擇一勾選) <input type="checkbox"/> 1. 本人 <input type="checkbox"/> 2. 送達代收人姓名：_____ (與申請人關係：_____)							
戶籍地	縣	鄉鎮 市區	實際居住地	縣	鄉鎮 市區	區	里	鄰	路(街) 段 巷 弄 號 樓

<b>申 請 人 資 料</b>	<b>【被害人自行申請者本欄免填】</b>								
	1. 本補助應由被害人本人、配偶、法定代理人或其他執行專業保護事務者，向家防中心提出申請。但被害人之配偶、法定代理人為加害人者，其申請不予受理。								
	2. 被害人若為未成年人，應由法定代理人提出申請(由法定代理人簽章)。								
姓名				與被害人關係					
身分證字號				聯絡電話					

<b>申 請 項 目 及 檢 附 文 件</b>	<b>檢附文件 申請項目</b>	<b>被害人已先支付費用者</b>			<b>被害人尚未支付費用者</b>		
	<input type="checkbox"/> 醫療費用	(共同文件) <input type="checkbox"/> 本申請表 <input type="checkbox"/> 戶籍證明文件 <sup>註1</sup> <input type="checkbox"/> 性侵害事件相關證明文件 <sup>註2</sup> <input type="checkbox"/> 領據(被害人個人專用) <input type="checkbox"/> 指定匯款帳戶之金融機構存摺封面影本			由醫院另行造冊申請		
	<input type="checkbox"/> 心理復健費用				<input type="checkbox"/> 診斷證明書影本 <input type="checkbox"/> 醫療院所收據正本 <input type="checkbox"/> 心理紀錄摘要表或診斷證明書影本(擇一) <input type="checkbox"/> 醫療院所或諮商機構收據正本		
	<input type="checkbox"/> 訴訟費用及律師費用	<input type="checkbox"/> 訴狀、委任狀或判決書影本 <input type="checkbox"/> 律師費收據正本 <input type="checkbox"/> 最近一年度所得及財產證明文件正本 <sup>註1</sup>			申請時： <input type="checkbox"/> 本申請表 <input type="checkbox"/> 戶籍證明文件 <sup>註1</sup> <input type="checkbox"/> 性侵害事件相關證明文件 <sup>註2</sup> <input type="checkbox"/> 個案評估報告(由社工提供) <sup>註3</sup> 核銷時： <input type="checkbox"/> 心理復健紀錄摘要表 <input type="checkbox"/> 領據(諮商人員或機構專用) <input type="checkbox"/> 指定匯款帳戶之金融機構存摺封面影本		
	<input type="checkbox"/> 緊急生活費用				<input type="checkbox"/> 個案評估報告(由社工提供) <sup>註3</sup> <input type="checkbox"/> 最近一年度所得及財產證明文件正本 <sup>註1</sup>		
註1. 本國籍之被害人同意由本中心逕為查調者，得免附戶籍證明、所得及財產證明文件。 註2. 知悉有被通報或已有接受保護服務者，得免附性侵害事件相關證明文件。 註3. 個案評估報告應由主責社工提供，倘無主責社工服務者，由本中心另案派員訪視評估。							

1. 同一期間已依其他法令規定領有相同性質補助者，不予重複補助。
2. 本人以上所填各項資料屬實，否則自負法律責任。若有重複領取、提供不實資料或喪失扶助資格者，本中心得停止扶助，並追回溢領款項。
3. 本次申請之補助費用同意匯入所檢附指定匯款帳戶之金融機構(戶名：\_\_\_\_\_ )。
4. 上開所蒐集之個人資料僅供本中心作補助審核之用。我已閱讀並清楚及同意上述內容。

被害人/申請人簽章：\_\_\_\_\_ 申請時間：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

※申請文件請以郵寄或親送至臺北市家庭暴力暨性侵害防治中心(100006 臺北市中正區延平南路 123 號)，洽詢電話：02-23615295。

# 臺北市性侵害被害人補助申請之個案評估報告（由社工填寫）

（本評估報告適用於申請心理復健費用或訴訟費用及律師費用）

## 一、基本資料：

個案姓名：

出生年月日：

身分證字號：

## 二、個案摘要評估：（主責社工亦可提供其他型式之個摘代替或另填具本欄）

## 三、主責社工員評估本案符合申請：1. 心理復健費用補助

2. 訴訟費用及律師費用

3. 緊急生活費用（本補助依被害人所得及財產證明文件審核辦理，社工無須填寫建議核予補助金額）

建議核予補助\_\_\_\_\_元×\_\_\_\_\_月/次=\_\_\_\_\_元；

1. 一次性撥付 2. 分\_\_\_\_\_期撥付。

（除申請驗傷醫療及心理復健費用補助外，其餘皆需扣除同期間同性質受補助金額）

服務單位：

聯繫電話：

主責社工員：

督導/單位主管：

# 領 據

(11104 版)

(被害人個人專用)

茲向臺北市家庭暴力暨性侵害防治中心領取

驗傷醫療費用

心理復健費用

安置住宿費用 ( 家暴被害人 )

訴訟費用及律師費用 ( 性侵害被害人 )

必要/緊急生活費用

1. 一次性撥付

2. 分 \_\_\_\_\_ 期撥付。 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月撥付第 1 期，後續按月撥付。 )

共新臺幣                      萬                      仟                      佰                      拾                      元整

領款人 ( 被害人 ) 簽章：

身分證字號 ( 或居留證號 )：

匯款帳戶資訊如下 ( 須與申請時所檢附之文件一致 )

戶名：

金融機構名稱 ( 局號/帳號 )：

中 華 民 國                      年                      月                      日

**【以上欄位資訊如非被害人本人填寫者，請續填本欄】**

申請人姓名：

與被害人關係：

聯絡電話：

服務單位/職稱：

( 如為法定代理人則免填 )

# 領 據

(11104 版)

(諮商人員或機構專用)

茲向臺北市家庭暴力暨性侵害防治中心領取

家庭暴力

被害人(姓名): \_\_\_\_\_

性侵害

個別心理復健 \_\_\_\_\_ 次

夫妻或家族心理復健 \_\_\_\_\_ 次

團體心理復健 \_\_\_\_\_ 次

共新臺幣            萬            仟            佰            拾            元整

領款人/機構簽章：

身分證字號(或統一證號)：

聯絡電話：

匯款帳戶資訊如下(須與申請時所檢附之文件一致)

戶名：

金融機構名稱及分行(局號/帳號)：

中 華 民 國            年            月            日

※有無於臺北市政府市民服務大平臺線上登錄：有/案件編號：\_\_\_\_\_

無/原因：\_\_\_\_\_

## 臺北市家庭暴力暨性侵害防治中心

心理復健紀錄摘要表及簽到表(由本中心或受託單位社工轉介者適用)

(必填：本案為家暴個案性侵害個案)

受諮商者姓名 (如為2人以上皆須填寫)		本次核銷總計	<input type="checkbox"/> 個別 次 <input type="checkbox"/> 家族 次 <input type="checkbox"/> 團輔 次
身分證統一編號		出生年月日	年 月 日
輔導人員姓名		主責社工員所屬單位 /機構名稱及姓名	

### 第一部分：諮商輔導簽到表

個別心理 個別諮商輔導補助每次以1小時為限；家族諮商輔導每次2人以上以1.5小時為限，單次超出時數部分不予補助且不予併計。團體輔導以「次」為補助單位。

次數	諮商輔導日期	起訖時間	時數	諮商/社工師簽名	受諮商者簽名 (家族諮商或帶領團體時， 所有參與者皆需簽名)
1	年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 小時 <input type="checkbox"/> 1.5 小時		
2	年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 小時 <input type="checkbox"/> 1.5 小時		
3	年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 小時 <input type="checkbox"/> 1.5 小時		
4	年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 小時 <input type="checkbox"/> 1.5 小時		
5	年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 小時 <input type="checkbox"/> 1.5 小時		
6	年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 小時 <input type="checkbox"/> 1.5 小時		
7	年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 小時 <input type="checkbox"/> 1.5 小時		
8	年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 小時 <input type="checkbox"/> 1.5 小時		

次數	諮商輔導日期	起訖時間	時數	諮商/社工師簽名	受諮商者簽名 (家族諮商或帶領團體時， 所有參與者皆需簽名)
9	年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 小時 <input type="checkbox"/> 1.5 小時		
10	年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 小時 <input type="checkbox"/> 1.5 小時		
11	年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 小時 <input type="checkbox"/> 1.5 小時		
12	年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 小時 <input type="checkbox"/> 1.5 小時		
13	年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 小時 <input type="checkbox"/> 1.5 小時		
14	年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 小時 <input type="checkbox"/> 1.5 小時		
15	年 月 日		<input type="checkbox"/> 1 小時 <input type="checkbox"/> 1.5 小時		

**備註：請務必勾選個案類型並與紀錄分開列印，受諮商者未簽名則視同未接受諮商，未簽名之次數亦不予補助。**

**第二部分：諮商輔導紀錄摘要表**（家暴、性侵害案及受家暴及家內性侵害之兒少案皆適用）

如同次諮商為2人以上，請應分別記載該2人諮商輔導摘要

第1次於\_\_\_\_年\_\_月\_\_日諮商輔導摘要：

第2次於\_\_\_\_年\_\_月\_\_日諮商輔導摘要：

第3次於\_\_\_\_年\_\_月\_\_日諮商輔導摘要：

第4次於\_\_\_\_年\_\_月\_\_日諮商輔導摘要：

第5次於\_\_\_\_年\_\_月\_\_日諮商輔導摘要：

第6次於\_\_\_\_年\_\_月\_\_日諮商輔導摘要：

第7次於\_\_\_\_年\_\_月\_\_日諮商輔導摘要：

第8次於\_\_\_\_年\_\_月\_\_日諮商輔導摘要：

第9次於\_\_\_\_年\_\_月\_\_日諮商輔導摘要：

第10次於\_\_\_\_年\_\_月\_\_日諮商輔導摘要：

第11次於\_\_\_\_年\_\_月\_\_日諮商輔導摘要：

第 12 次於\_\_\_\_年\_\_月\_\_日諮商輔導摘要：

第 13 次於\_\_\_\_年\_\_月\_\_日諮商輔導摘要：

第 14 次於\_\_\_\_年\_\_月\_\_日諮商輔導摘要：

第 15 次於\_\_\_\_年\_\_月\_\_日諮商輔導摘要：

**第三部分：請於完成階段諮商輔導填寫，併附於最後 1 次費用核銷**

( 家暴、性侵害案及受家暴及家內性侵害之兒少案皆適用 )

**總報告(含問題陳述、成因診斷與本階段諮商輔導成效評估)**

一、原諮商輔導計畫所定重點目標(請與主責社工原核定諮商計畫之目標一致)

二、依照個案狀況或需求於諮商過程使用專業技術/方法

三、成效評估(請依原定目標是否達成或達成程度、效果如何? 進行評估)

四、結論：

1 完成階段性諮商輔導目標。

2 未完成階段性諮商輔導目標或輔導無明顯效果。

(如評估有繼續或延長諮商輔導者請繼續填下欄)

未完成階段性諮商輔導目標或輔導無效果之原因分析與建議

未完成階段性諮商輔導目標或輔導無效果之原因分析	
建議	1. <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否須繼續或延長諮商輔導 建議諮商重點目標： 次數：_____次(個別：_____次；夫妻/家族：_____次；團輔：_____次) 2. <input type="checkbox"/> 適合 <input type="checkbox"/> 不適合由同一諮商師繼續諮商輔導 原因：
諮商輔導人員	簽名：_____ 評估日期：_____年____月____日