

嘉義市政府衛生局酒癮治療費用補助方案轉介單

修訂日期 112.01.06

* 轉介單位	<input type="checkbox"/> 執行法律規範之酒癮治療	<input type="checkbox"/> 法院裁定 <input type="checkbox"/> 少年及家事法院 <input type="checkbox"/> 酒駕緩起訴個案 <input type="checkbox"/> 地檢署		
	<input type="checkbox"/> 醫療單位	<input type="checkbox"/> 精神科或成癮防治科門診或病房 <input type="checkbox"/> 非精神科或成癮防治科門診或病房		
	<input type="checkbox"/> 衛生局	<input type="checkbox"/> 衛生局心衛中心 <input type="checkbox"/> 衛生所 <input type="checkbox"/> 民眾自行求助		
	<input type="checkbox"/> 家防中心	<input type="checkbox"/> 家庭暴力暨性侵害防治中心		
	<input type="checkbox"/> 社政單位	<input type="checkbox"/> 社政單位: _____		
	<input type="checkbox"/> 監理單位	<input type="checkbox"/> 監理所 <input type="checkbox"/> 道安講習之酒駕個案		
	<input type="checkbox"/> 矯正機關	<input type="checkbox"/> 矯正機關 <input type="checkbox"/> 教育單位		
	<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 其他:		
轉介機關(構):		轉介人員:		單位主管:
電 話:		傳 真:		轉介日期: 年 月 日
基本資料(個案填寫)	* 姓名:		* 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	* 西元出生/年/月/日:
	* 身分證字號:		* 聯絡電話:	宗教:
	* 居住地址			
	婚姻:	工作狀態	<input type="checkbox"/> 失業中 <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 未工作過	
	教育程度:	職業:	工作收入: <input type="checkbox"/> 日薪: <input type="checkbox"/> 月薪:	
			福利身份: <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 無	
	緊急連絡人姓名:	關係:	緊急連絡人電	(H):
			話:	(M):
緊急連絡人居住地址: <input type="checkbox"/> 同個案居住地址				
* 同意書(個案填寫)	本人_____同意至_____ (機構) 參與衛生福利部 112 年度「酒癮治療費用補助方案」醫療處置，知悉不能與執行法律裁定之自費酒癮治療期程一併計算，未來亦不能要求將酒癮治療補助費用改為自費，且願意遵守本方案之補助規定，承諾無重複申請其他醫療機構或接受其他方案(計畫)之相同補助，如有不實，願意繳回重複請領補助之款項，			

請續下一頁

轉介醫療機構	<input type="checkbox"/> 臺中榮民總醫院嘉義分院	指定醫療院所 (認證欄)
	<input type="checkbox"/> 天主教聖馬爾定醫院	
	<input type="checkbox"/> 嘉義基督教醫院	轉介日期
	<input type="checkbox"/> 陽明醫院	
	主治醫師：	
	個案酒精使用疾患確認檢測總分： 方案聯絡人： 連絡電話：	
衛生局審核	<p>* <input type="checkbox"/>同意 符合補助項目</p> <p><input type="checkbox"/>1.自願接受酒癮治療者(不含轉介執行法律規定之酒癮治療)。</p> <p><input type="checkbox"/>2.執行法律規定之酒癮治療(具經濟困難證明)</p> <p><input type="checkbox"/>緩刑附帶條件</p> <p><input type="checkbox"/>禁戒處分</p> <p><input type="checkbox"/>緩起訴附命戒癮治療</p> <p><input type="checkbox"/>受酒駕吊銷駕駛執照重新申請考照</p> <p><input type="checkbox"/>惟非屬經濟弱勢者，治療機構亦得申報個案管理服務費。</p> <p><input type="checkbox"/>3.家防基金補助：法院裁定家庭暴力加害人處遇計畫之戒酒治療或戒酒教育(屬法院裁定之家暴個案，均由家防基金補助及核銷)。</p>	衛生局(認證欄):
	* <input type="checkbox"/> 不同意 理由：	回覆日期
備註： 1.轉介單可由個案攜帶至醫院或醫院協助個案填寫，經醫師評估符合開案後，由醫院回傳衛生局。 2.嘉義市政府衛生局酒癮專案聯絡人:蔡專案管理師 電話:05-2338066-435 或 2328177，Email:435@mail.cichb.gov.tw 傳真:05-2341186 3.為順利受轉介單位聯繫個案，請詳填本表資料，「*」為必填。 4.為利個人資料之使用，請於轉介前告知個案轉介目的，並請個案簽具個人資料使用同意書。		