|  |
| --- |
| **嘉義市政府衛生局酒癮治療費用補助方案轉介單**附件2 修訂日期114.02.24 |
| ＊轉介單位  | □執行法律規範之酒癮治療 | □緩起訴附命戒癮治療 □禁戒處分 □家暴加害人處遇計畫之戒癮治療 □緩刑附帶條件 □酒駕重新考照之酒癮治療 |
| □醫療單位 | □精神科或成癮防治科門診或病房 □非精神科或成癮防治科門診或病房，科別：  |
| □衛政單位 | □衛生局 □心衛中心 □衛生所 |
| □社政單位 | □社會處 □家防中心 □更保系統 |
| □勞政單位 | □勞政單位：  |
| □監理單位 | □監理所 □道安講習之酒駕個案 |
| □矯正機關 | □矯正機關：  |
| □教育單位 | □教育單位：  |
| □其他 | □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：□男□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 | □失業中 □全職 □未工作過 |
| 教育程度： | 職業： | 工作收入: □日薪： □月薪： |
| 福利身份: □有 □無 |
| 緊急連絡人姓名： | 關係： | 緊急連絡人電話: | (H)： |
| (M)： |
| 緊急連絡人居住地址： □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 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** | □衛生福利部嘉義醫院 | 指定醫療院所(認證欄)轉介日期 |
| □臺中榮民總醫院嘉義分院 |
| □嘉義基督教醫院 |
| □天主教聖馬爾定醫院 |
| □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** | \* □**同意 符合補助項目**□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）。□2.執行法律規定之酒癮治療(具經濟困難證明) □緩刑附帶條件 □禁戒處分 □緩起訴附命戒癮治療 □受酒駕吊銷駕駛執照重新申請考照 □惟非屬經濟弱勢者，治療機構亦得申報「個案管理服務費」。□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）。 | 衛生局(認證欄)：回覆日期 |
| **\*** □**不同意 理由:**  |
| 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：05-23411863. 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。相關資訊請掃描QR code |