

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 114.02.24

*轉介單位	<input type="checkbox"/> 執行法律規範之酒癮治療	<input type="checkbox"/> 緩起訴附命戒癮治療 <input type="checkbox"/> 禁戒處分 <input type="checkbox"/> 家暴加害人處遇計畫之戒癮治療 <input type="checkbox"/> 緩刑附帶條件 <input type="checkbox"/> 酒駕重新考照之酒癮治療		
	<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，科別：		
	<input type="checkbox"/> 衛政單位	<input type="checkbox"/> 衛生局 <input type="checkbox"/> 心衛中心 <input type="checkbox"/> 衛生所		
	<input type="checkbox"/> 社政單位	<input type="checkbox"/> 社會處 <input type="checkbox"/> 家防中心 <input type="checkbox"/> 更保系統		
	<input type="checkbox"/> 勞政單位	<input type="checkbox"/> 勞政單位：		
	<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"/> 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(H)：	
			電話：(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____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"/> 衛生福利部嘉義醫院	指定醫療院所 (認證欄)
	<input type="checkbox"/> 臺中榮民總醫院嘉義分院	
	<input type="checkbox"/> 嘉義基督教醫院	
	<input type="checkbox"/> 天主教聖馬爾定醫院	
	<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：		轉介日期

衛生局審核	* <input type="checkbox"/> 同意 符合補助項目 <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)。 <input type="checkbox"/> 2. 執行法律規定之酒癮治療(具經濟困難證明) <input type="checkbox"/> 緩刑附帶條件 <input type="checkbox"/> 禁戒處分 <input type="checkbox"/> 緩起訴附命戒癮治療 <input type="checkbox"/> 受酒駕吊銷駕駛執照重新申請考照 <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」。 <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)。	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。

