

嘉義市未滿 20 歲懷孕服務及後續追蹤輔導方案轉介單

轉介單位	單位名稱：		填寫日期：	
	轉介人/職稱：		電子郵件：	
	電話：		傳真：	
個案基本資料	個案姓名：		出生年月日：	
	身分證號碼：		聯絡電話：	
	住址	戶籍地址：		
		實際居住地址： <input type="checkbox"/> 同戶籍		
預產期： 年 月 日		幼兒出生年月日：		
問題摘要	轉介目的	<input type="checkbox"/> 經濟補助 <input type="checkbox"/> 心理諮商 <input type="checkbox"/> 法律諮詢 <input type="checkbox"/> 育兒指導 <input type="checkbox"/> 醫療協助 <input type="checkbox"/> 家庭協商 <input type="checkbox"/> 安置 <input type="checkbox"/> 就業 <input type="checkbox"/> 就學 <input type="checkbox"/> 自立生活講座 <input type="checkbox"/> 親職教育講座 <input type="checkbox"/> 其他：		
	備註			
	個案緊急連絡人：		與個案關係：	
	緊急連絡人家用電話/手機：			
<p>1. 請填具本表單後傳真或寄送電子郵件至嘉義市政府社會處社會安全網小組承辦人:吳社工；電話:05-2163370、傳真:05-2163378；電子郵件：wu11032@ems.chiayi.gov.tw。</p> <p>2. 轉介單位須確認受轉介單位是否收到轉介單，並依個資法相關規定注意個案之秘密及隱私，不得洩露或公開。</p>				
<p>嘉義市政府未滿 20 歲懷孕服務及後續追蹤輔導方案 個案轉介回覆單</p>				
個案姓名			轉介單位	
接案日期	年 月 日	回覆日期	年 月 日	
處理回覆	1. 評估結果： <input type="checkbox"/> 派案 <input type="checkbox"/> 不派案： <input type="checkbox"/> 非屬本案服務範疇 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
	2. 補充說明：- _____ -- _____			
回覆單位承辦人：		單位主管：		