

嘉義市政府衛生局酒癮治療費用補助方案轉介單

*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"/> 含民眾自行求助			
	<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：	緊急連絡人電話：	(H)：	
				(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 110 年度「酒癮治療費用補助方案」醫療處置，並遵守本方案之補助規定，且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	
	<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：	轉介日期
方案聯絡人： 連絡電話：		
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"/> 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:

- 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。
- 嘉義市政府衛生局酒癮專案聯絡人:吳專案管理師
電話:05-2338066-435 或 2328177，Email:435@mail.cichb.gov.tw 傳真:05-2341186
- 為順利受轉介單位聯繫個案，請詳填本表資料，「*」為必填。
- 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。