附件二、未滿 20 歲懷孕少女及父母個案服務轉介單

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 轉介單位 | 單位名稱 |  | 轉介日期 |  |
| 轉介人 |  | 職稱 |  |
| 電話 |  | 傳真 |  |
| 個案基本資料 | 個案姓名 |  | 出生年月日 |  | 聯絡電話 |  |
| 住址 |  |
| 預產期或幼兒出生年月日 | 預 產 期： 年 月 日出生日期： 年 月 日 |
| 問題摘要 |  |
| 轉介目的 | □危機處理 □心理諮商 □法律諮詢 □經濟補助 □就學□醫療協助 □家庭協商 □出養 □就業 □安置□生涯規劃 □其他  |
| 個案緊急聯絡人 | 姓名 |  | 與個案關係 |  |
| 聯絡電話 |  |
| █請填具本表單後，傳真至所在地縣市政府社會局(處)未成年懷孕服務窗口工作人員，欲查詢窗工作人員名單及聯繫方式，可至衛生福利部社會及家庭署全球資訊網 [http://www.sfaa.gov.tw](http://www.sfaa.gov.tw/SFAA/default.aspx) 或全國未成年懷孕求助站 https://257085.sfaa.gov.tw/下載。█如有疑義，請電洽「衛生福利部社會及家庭署家庭支持組家庭資源科」04-22582802。 |

|  |
| --- |
| **個案轉介單回覆表** |
| 受轉介單位 |  | 聯絡電話 |  |
| 處理情形摘要 |  |
| 回覆日期 |  | 回覆人 |  | 主管核章 |  |

**回覆表請於接獲轉介後 2 週內回傳轉介單位。**