未滿20歲懷孕個案服務轉介單 114.02.05

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 家庭概況 |  |
| 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 |  |
| 轉介人核章 |  | 單位主管核章 |  |
| 填寫本表單後，請傳真至：2251-3256，並來電確認。聯絡人：臺中市政府社會局社會工作科 吳聘用社工員 聯絡電話：2251-3799#510 |

|  |
| --- |
| 個案派案單(行政組填寫) |
| 派案評估 |  |
| □同意派案 □同意不派案 |
| 承辦人 |  | 股長 |  |