酒癮治療費用補助方案轉介單

　　　　　　　　　　　　　　　　　　轉介日期：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性別 |  |
| 身分證號 |  | 出生日期 |  |
| 電話 |  | 職業 |  |
| 戶籍地址 |  | | |
| 現居地址 |  | | |
| 轉介來源 | 執行法律規定之成癮治療 | ○緩起訴附命戒癮治療  ○禁戒處分  ○家暴加害人處遇計畫之戒癮治療  ○緩刑附帶條件  ○酒駕重考照之酒癮治療  ○其他（請敘明轉介原因） | |
| 網絡轉介 | ○法院○地檢署○監理單位○警政單位○社政單位(如家防中心)○教育單位  ○勞政單位○矯正機關○更保系統  ○其他（請敘明轉介原因） | |
| 轉介單位 |  | 轉介人員 |  |

…………………………………………………………………………………………

酒癮治療費用補助方案轉介回覆單

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 個案姓名 |  | 身分證字號 |  |
| 受理日期 | 年　　月　　日 | 回覆日期 | 年　　月　　日 |
| 回覆處理情形 | 個案到達情形：  □已到達處遇機構 　 年 　 月 　 日  □未到達處遇機構 　 年 　 月 　 日  □其他:  醫院建議治療：  □戒癮治療　□酒癮門診　□酒癮住院治療  □精神治療　□精神門診　□精神住院  □心理輔導　□認知輔導教育　□戒酒教育輔導　□其他治療  □其他（請敘明： ） | | |
| 治療機構 |  | 治療人員 |  |