未成年懷孕及未成年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，傳真至本市未成年懷孕方案服務窗口02-27311731鄧社工，並電話確認。  █如有疑義，請電洽基隆市政府社會處社會工作科陳社工(02-24340458分機224)。 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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，並電話確認。**