

## 新北市立猴硐-蒙特梭利實驗小學

## 職場不法侵害通報及處置表

| 通報內容                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 發生日期：_____時間：_____                                                                                                                                                        | 發生地點：_____                                                                                                                                                                                                                                                |
| 受害者                                                                                                                                                                       | 加害者                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 姓名或特徵：_____                                                                                                                                                               | 姓名或特徵：_____                                                                                                                                                                                                                                               |
| 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                                                                                                                 | 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 外部人員                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 外部人員                                                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> 內部人員（所屬部門/單位：_____）                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 內部人員（所屬部門/單位：_____）                                                                                                                                                                                                              |
| 受害者及加害者關係：_____                                                                                                                                                           | 發生原因及過程：_____                                                                                                                                                                                                                                             |
| 不法侵害類型：<br><input type="checkbox"/> 肢體暴力 <input type="checkbox"/> 語言暴力<br><input type="checkbox"/> 心理暴力 <input type="checkbox"/> 性騷擾<br><input type="checkbox"/> 其他：_____ | 造成傷害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（請填下述內容）<br>1. 傷害者： <input type="checkbox"/> 受害者 <input type="checkbox"/> 加害者 <input type="checkbox"/> 其他<br>2. 傷害程度：<br>目擊者： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（請填姓名）_____ |
| 通報人：_____                                                                                                                                                                 | 通報日期/時間：_____                                                                                                                                                                                                                                             |

| 處置情形                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 受理日期：_____時間：_____                                                                                                                                                                                                                                   | 調查時間：_____                                                                                                                                                                                    |
| 參與調查或處理人員：<br><input type="checkbox"/> 外部人員（請敘明，如警政人員）<br><input type="checkbox"/> 內部人員（請敘明，如保全、人資等）                                                                                                                                                 | 傷害者需醫療處置否： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是<br>事發後雙方調解否： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是                                                           |
| 受害者說明發生經過與暴力原因：（請敘明，可舉證相關事證）<br>加害者說明發生經過與暴力原因：（請敘明，可舉證相關事證）<br>目擊者說明發生經過與暴力原因：（請敘明，可舉證相關事證）<br>調查結果：（請敘明，可舉證相關事證）                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                               |
| 受害者安置情形                                                                                                                                                                                                                                              | 加害者懲處情形                                                                                                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 醫療協助 <input type="checkbox"/> 心理諮商<br><input type="checkbox"/> 同儕輔導 <input type="checkbox"/> 調整職務 <input type="checkbox"/> 休假<br><input type="checkbox"/> 法律協助 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | 外部人員： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 送警法辦<br>內部人員： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 調整職務 <input type="checkbox"/> 送警法辦<br><input type="checkbox"/> 其他 |
| 向受害者說明事件處理結果否： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（請註明日期）<br>未來改善措施：                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                               |

處理者：\_\_\_\_\_

審核者：\_\_\_\_\_

審核時間：\_\_\_\_\_