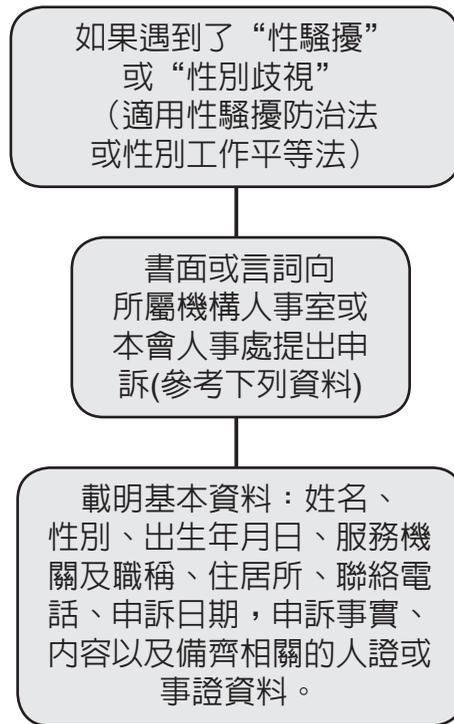


6

陸、性騷擾暨性別歧視申訴申請作業流程

性騷擾暨性別歧視申訴申請作業流程暨申訴書

一、申訴申請作業流程

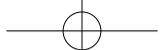


本會申訴電話：(02) 2757-1685

本會申訴傳真：(02) 2723-7610

本會申訴電子信箱：vac1058@mail.vac.gov.tw

本會申訴地址：臺北市信義區忠孝東路五段222號9樓

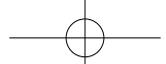


性騷擾 防治宣導手冊

二、本會性騷擾事件申訴書

(有法定代理人、委任代理人者，請另填背面法定代理人、委任代理人資料表)

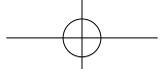
被害人資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年 月 日	年 月 日	歲
	身分證統一編號(或護照號碼)		聯絡電話		服務或就學單位		職稱
	住(居)所	<small>縣 區 路 弄 號</small> 樓					
	教育程度	<input type="checkbox"/> 學齡前 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 自修 <input type="checkbox"/> 不詳					
	職業	<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教軍警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不詳					
申訴事實內容	加害人姓名	<input type="checkbox"/> 不詳	加害人服務或就學單位		職稱： <input type="checkbox"/> 聯絡電話： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳		
	事件發生時間	年 月 日		時 分			
	事件發生地點						
	事件發生過程						
相關證據	附件1： 附件2： (無者免填)						
被害人(法定代理人或委任代理人)簽名或蓋章： 申訴日期： 年 月 日							
以上紀錄經當場向申訴人朗讀或交付閱覽，申訴人認為無誤。 紀錄人簽名或蓋章：							



處理情形摘要(以下申訴人免填, 由接獲申訴單位自填)-----

初次接獲單位	單位名稱		接案人員		職稱	
	聯絡電話		接獲申訴時間	年	月	日 時 分
處理或移送流程摘要	<input type="checkbox"/> 1. 本單位即為加害人所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人, 如有資料不齊者, 請申訴人於14日內補正資料, 否則不予受理。 <input type="checkbox"/> 2. 本單位為警察機關, 已就性騷擾申訴事件詳予記錄。處理情形如下： <input type="checkbox"/> 2-1 因已知悉加害人所屬機關、部隊、學校、機構、僱用人, 將即移請其所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人續為調查, 並副知該管直轄市、縣(市)主管機關及申訴人。 <input type="checkbox"/> 2-2 因加害人不明, 將即行調查。 <input type="checkbox"/> 2-3 因不知加害人有無所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人, 將即行調查。 <input type="checkbox"/> 3. 本單位為直轄市、縣(市)主管機關： <input type="checkbox"/> 3-1. 知加害人所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人者：直轄市、縣(市)主管機關於7日內將上開資料移請加害人所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人處理, 跨轄者並副知該地直轄市、縣(市)主管機關。 <input type="checkbox"/> 3-2. 加害人不明或不知有無所屬機關、部隊、學校、機構或僱用人者：直轄市、縣(市)主管機關於7日內將上開資料移請事件發生地警察機關處理。 <input type="checkbox"/> 4. 本單位非以上單位, 將於7日內將本申訴書及相關資料移送本地直轄市、縣(市)主管機關處理、					

- 備註：
1. 本申訴書填寫完畢後, 「初次接獲單位」應影印1份予申訴人留存。
 2. 提出申訴書者, 將標題之「紀錄」2字及「紀錄人簽名或蓋章」欄刪除。
 3. 機關、部隊、學校、機構或僱用人, 應於申訴或移送到達之日起7日內開始調查, 並應於2個月內調查完成; 必要時, 得延長1個月, 並應通知當事人。
 4. 本申訴書(紀錄)所載當事人相關資料, 除有調查之必要或基於公共安全之考量者外, 應予保密。



性騷擾 防治宣導手冊

(背面)

法定代理人資料表 (無者免填)

法定代理人資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生 年月日	年 月 日 (歲)
	身分證 統一編 號(或護 照號碼)				聯絡 電話	
	住(居)所	<small>縣市</small> <small>村里</small> 路 <small>段巷</small> 弄 號 樓				
	職業	<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教軍警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 不詳				

委任代理人資料表 (無者免填)

委任代理人資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生 年月日	年 月 日 (歲)
	身分證 統一編 號(或護 照號碼)				聯絡電話	
	住(居)所	<small>縣市</small> <small>村里</small> 路 <small>段巷</small> 弄 號 樓				
	職業	<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教軍警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 不詳				
	* 檢附委任書					