

## 美沙冬替代療法補助申請流程

- 一、身份證欄位需設籍雲林縣
- 二、填妥申請書（申請書包括：毒品危害防制中心受理諮詢個案資料表、戒毒個案基本資料表、美沙冬替代療法保證書）
- 三、自行影印本人(立書人)及連帶保證人(以家屬為主)身份証正反面影印本各乙份
- 四、將以上二、三資料親自或郵寄至斗六市府文路 34 號，務必註明前往治療醫院。
- 五、本局審查：如符合條件，則於 7 日內函覆申請人並副知前往治療醫院；如不符條件，將以電話通知申請人。

## 美沙冬替代療法補助條件

- 一、設籍雲林縣。
- 二、本身有意願接受美沙冬替代療法治療，在補助治療期間，需配合醫院之輔導追蹤並須簽署治療同意書。(以家屬配合意願高者優先)。
- 三、首次尋求本縣毒品防制中心協助之戒癮者。
- 四、年齡未滿 20 歲應有法定代理人簽名，滿 20 歲不需法定代理人同意。

# 毒品危害防制中心受理諮詢個案資料表

填表日期 年 月 日



## 一、個人資料

姓名：\_\_\_\_\_ (  匿名 )      性別：  男     女  
電話：\_\_\_\_\_ (  匿名 )      人別：  本人     家屬  
居住區域：\_\_\_\_\_ (  保留 )

## 二、問題概況與描述

法律     婚姻與家庭     親子     就學     社會補助  
 危機處理     其他

簡要敘述： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 三、處理情形

已電話解決 ( 事後追蹤：  願意     不願意 )  
 轉介：  就業     社會補助     醫療     法律等單位協助

聯絡情形： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 四、輔導追蹤

| 項目 | 追蹤時間 | 個案狀況 | 追蹤人 |
|----|------|------|-----|
|    |      |      |     |
|    |      |      |     |
|    |      |      |     |
|    |      |      |     |

填表人

主管核閱 ( 由主任或副主任或授權執行秘書核閱 )

# 戒毒個案基本資料表

受案日期      年      月      日

填表日期      年      月      日

|                   |  |       |   |
|-------------------|--|-------|---|
| 姓 名               | 身分證字號  | 出生年月日 | 性 別   |
|                   |  |       | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 生<br>活<br>狀<br>況  | 一、婚姻 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚，育有__男__女 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離婚。<br>二、學歷 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大學 畢(肄)業。<br>三、健康 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 欠佳 (如 <input type="checkbox"/> 愛滋病 <input type="checkbox"/> 肝、胃病等)。<br>四、工作 <input type="checkbox"/> 有長期穩定的工作 <input type="checkbox"/> 臨時工 <input type="checkbox"/> 無業。<br>五、家庭經濟 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 小康 <input type="checkbox"/> 不佳 <input type="checkbox"/> 極需救助。<br>六、居住情形 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與家人同住，居住房屋為 <input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 承租。<br>七、服刑紀錄 <input type="checkbox"/> 觀察勒戒      次 <input type="checkbox"/> 強制戒治      次 <input type="checkbox"/> 服刑      次。<br>八、是否保護管束 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否。 |       |   |
| 服<br>務<br>項<br>目  | <input type="checkbox"/> 諮商及治療 (個別及團體)。<br><input type="checkbox"/> 戒毒<br><input type="checkbox"/> 身癮：治療單位_____，治療時間：_____。<br><input type="checkbox"/> 心癮：治療單位_____，治療時間：_____。<br><input type="checkbox"/> 愛滋病篩檢<br><input type="checkbox"/> 減害計畫  |       |   |
| 住<br>址            | 1、戶籍地：   |       | 電話  |
|                   | 2、居住地： <input type="checkbox"/> 同上   |       | 電話  |
|                   | 3、出所後居住處所：<br><input type="checkbox"/> 同1. <input type="checkbox"/> 同2.  |       | 電話  |
| 密切保<br>持聯絡<br>之親友 | 姓名：  | 關係：   | 電話：      手機：  |
|                   | 姓名：  | 關係：   | 電話：      手機：  |
|                   | 姓名：  | 關係：   | 電話：      手機：  |

填表人

主管核閱 (由主任或副主任或授權執行秘書核閱)

