

宜蘭縣職業災害勞工個案通報表

通報 單位	單位名稱		通報日期	年 月 日
	地址		聯絡人	
	電話		傳真	

職 災 勞 工 基 本 資 料	姓名		出生 日期	年 月 日	身分證字號	
	性別		婚姻狀 況		聯絡電話	
	保險狀況： <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 團保 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
	身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有，障別：_____ 等級：_____					
	重大傷病證明： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，疾病名稱：_____					
	戶籍地址：_____					
	現居地址：_____					

職 災 資 訊	工作內容/職稱		職災發生日	年 月 日
	職災發生原因		重要聯絡人	
	聯絡電話		與職災勞工關係	
	受傷部位、住院日 數及現況說明			

通報 原因	<input type="checkbox"/> 1. 個案具多重問題需求，單一服務內容無法解決其問題者。 <input type="checkbox"/> 2. 需結合其他政府或民間單位資源以資協助者。 <input type="checkbox"/> 3. 其他，_____
通報 需求	<input type="checkbox"/> 1. 醫療與復健。 <input type="checkbox"/> 2. 提供法律、勞保、勞資爭議調解等諮詢。 <input type="checkbox"/> 3. 提供就業服務、職業訓練或創業資訊，培養一技之長協助重回職場。 <input type="checkbox"/> 4. 無法突破職災所造成之心理障礙，需進行輔導與家訪，扶助走出職災困境。 <input type="checkbox"/> 5. 其他：_____

I. 本人已詳閱相關辦法，同意提供個人資料、家庭成員概況並同意「宜蘭縣政府勞工處」與第三方查詢，供審核使用。

II. 本人明白有權對轉介申請表與其附件行使以下權利：

1. 查詢或請求閱覽
2. 請求製給複製本
3. 請求補充或更正
4. 請求停止蒐集、處理或利用
5. 請求刪除本人個人資料。但若未完整提供個人資料將影響本人審核結果。

案主簽章：_____ (必填) 法定代理人：_____ (與案主關係：_____)

※ 請將本通報表以傳真或逕寄至 宜蘭縣政府勞工處 職業災害服務窗口

※ 地址：宜蘭縣宜蘭市縣政北路 1 號

電話：(03)：9251-000 分機 1721、1723 傳真：(03) 9251093