

臺灣 地方法院檢察署進行修復式司法試行方案個案評估表

接受轉介日期： 年 月 日

A、基本資料

加/被害人姓名		案 由	
聯絡人姓名		與加/被害人關係	
聯絡住址			
聯絡電話			
訪談方式	<input type="checkbox"/> 電訪 <input type="checkbox"/> 親訪，訪談地點：		
加/被害人家系圖			

B、初評表

(一) 請於初次訪談時，請詳細告知有關修復式司法之理念，觀察並詢問以下事項：

被害人有無因罹患疾病或有濫用藥物致減損其溝通表達能力或有影響對話進行之虞？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
是否已了解修復式司法概念？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
未成年之被害人，已得監護人同意並願意陪同參加？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
是否願意參與進行修復程序(對話)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

(二) 請於訪談時，觀察了解並記錄以下事項

加/被害人之身體、心理及情緒狀況	
加/被害人對於加/被害事件的描述	
本案發生後，本人之感受為何？	
本案發生後，對本人造成影響為何？	

本案發生後，對於本人以外之第 3 人或家人造成的影響？	
希望以何種方式與加/加害人對話？	<input type="checkbox"/> 面對面 <input type="checkbox"/> 書信 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 視訊
希望對話之時間？	<input type="checkbox"/> 平常日 <input type="checkbox"/> 假日 <input type="checkbox"/> 日間 <input type="checkbox"/> 夜間(可複選)
希望陪伴、參與對話之成員？	
其他特別需求：(如通譯人員等)	
評估及建議：	

訪談起迄 日期時間	日期： 年 月 日	訪視人員 簽 名
	開始： 時 <u>00</u> 、 <u>30</u> 分	
	結束： 時 <u>00</u> 、 <u>30</u> 分	

C、綜合評估及簽核(由承辦單位填寫)

承辦單位	決行
<input type="checkbox"/> 適用修復式司法程序；並由 _____ 擔任修復促進者	
<input type="checkbox"/> 不適用修復式司法程序 (工作人員核章處)	

- 備註：1. 本紀錄表為保密文件，請遵守保密原則。
 2. 本紀錄表不足之欄位請另行書寫附件於後。
 3. 本紀錄表訪視時或訪視後應立即填寫，填寫完成後請送***** (經指定之修復促進者)，並得作為轉介回覆單之依據。