

# 澎湖縣立白沙國民中學校園性別事件申請/檢舉調查表

最速件(收件後 3 日內移送性別平等教育委員會)

事件類別	<input type="checkbox"/> 性騷擾 <input type="checkbox"/> 性侵害 <input type="checkbox"/> 性霸凌 <input type="checkbox"/> 教職員工涉及違反專業倫理					
申請人/檢舉人	身份	<input type="checkbox"/> 疑似被害人 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 實際照顧者 <input type="checkbox"/> 檢舉人 <input type="checkbox"/> 性平會決議檢舉 <small>(免填檢舉人資料)</small>	與疑似被害人關係	身心障礙者	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		聯絡電話				
	姓名		學校班級/服務單位		身分/職稱	
	性別		身分證字號		生日	年 月 日
地址						
疑似被害人 (申請人與疑似被害人為同一人時此欄免填)	姓名		身心障礙者	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	與被申請調查人關係	
	性別		學校班級/服務單位		身分/職稱	
	聯絡電話		身分證字號		生日	年 月 日
	聯絡地址					
被申請調查人/被檢舉調查人 (請依目前所得資訊填寫)	姓名		身心障礙者	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	與疑似被害人關係	
	性別		學校班級/服務單位		身分/職稱	
	聯絡電話		身分證字號		生日	年 月 日
	聯絡地址					
事實內容	事發時間/地點					
	相關事證/人證 (請條列附件，並檢附之；無者免填)					
	事件發生過程					
請求事項	對事件處理之期待與要求：					
申請人/檢舉人簽名		時間	年	月	日	

----- 處理情形摘要 (以下申請人/檢舉人免填, 由收件單位填寫) -----

收件單位	單位名稱		收件人姓名		職稱	
	聯絡電話		接獲申請或檢舉 調查時間	年 月 日	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	時 分

承辦人

性平會  
執行秘書

性平會  
主任委員

備註	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本調查申請表填寫完畢後, 「收件單位」應影印 1 份交予申請人/檢舉人留存。</li> <li>2. 若委任代理人提出申請調查時, 須檢附委任書。</li> <li>3. 收件後, 於 20 日內以書面通知申請人或檢舉人是否受理。不受理之書面通知應敘明理由, 並告知申請人或檢舉人申復之期限及受理單位。</li> <li>4. 本申請/檢舉調查書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; 負保密義務者洩密時, 應依性別平等教育法或其他相關法規處罰。</li> <li>5. 申請/檢舉調查事項倘有刑法、性騷擾防治法第 25 條或其他相關法規之適用, 收件人員應告知疑似被害人其刑事及民事權益。</li> <li>6. 校園性別事件防治準則第 18 條第 3 項規定: 學校或主管機關知悉疑似校園性別事件有下列情形, 應由所設性平會評估該事件對學生受教權及校園安全之影響, <b><u>經會議決議以檢舉案形式啟動調查程序</u></b>, 以釐清事實, 採取必要之措施維護學生之權益與校園安全:             <ol style="list-style-type: none"> <li>一、二人以上被害人。</li> <li>二、二人以上行為人。</li> <li>三、行為人為校長或教職員工。</li> <li>四、涉及校園安全議題。</li> <li>五、其他經性平會認有以檢舉案形式啟動調查之必要者。</li> </ol> </li> </ol>
----	--