

法務部矯正署高雄第二監獄 彈性調整接見申請單

申請人：
申請日期： 年 月 日

介紹人姓名及職稱(無則免填)：

收容人編號	收容人姓名	年 齡	與收容人關係	具 體 事 由	聯 絡 電 話	接身	見分	人證	姓 名	年 號	職 業	單 位	案 由	刑 期 起 訖 日 期	性 整 見	彈 調 接 紀 錄	
1																	
2																	
3																	
核 准 理 由	管理事由	<input type="checkbox"/> 監獄基於戒護安全之考量，認有調整辦理接見之必要時。 <input type="checkbox"/> 受刑人有身心障礙、罹患疾病或行動不便之情形，不適於在一般接見場所辦理隔窗接見時。										相 關 文 件 補 充 說 明	經 辦 人 員	核 准 長 官			
	教化輔導事由	<input type="checkbox"/> 監獄基於協助受刑人身心調適、情緒穩定之需求，認有調整辦理接見之必要時。 <input type="checkbox"/> 為修復、調整、改變受刑人之認知、行為或關係，得經由接見人提供協助時。															
	受刑人個人重大事故	<input type="checkbox"/> 受刑人因故受傷，接見人得予以撫慰時。 <input type="checkbox"/> 受刑人遇有親職教養、財產繼承、子女監護或其他特殊事由，需與接見人協商解決時。															
	其他事由	<input type="checkbox"/> 受刑人之最近親屬、家屬喪亡，或生命、健康遭遇危急狀況時。 <input type="checkbox"/> 受刑人家中遭受重大災害時。 <input type="checkbox"/> 受刑人之最近親屬或家屬旅居境外返臺探視，時程緊迫時。 <input type="checkbox"/> 接見人有身心障礙、罹患疾病或行動不便之情形，不適於在一般接見場所辦理隔窗接見時。 <input type="checkbox"/> 受刑人與接見人溝通有語言翻譯需求、需以書寫或其他替代方式之必要時。 <input type="checkbox"/> 受刑人有接受法律扶助、諮詢或進行修復式司法之需要時。															

調整內容(如有調整請填寫相關欄位)				
<input type="checkbox"/> 放寬接見對象， 說明：	<input type="checkbox"/> 調整場所， 說明：彈性調整接見室	<input type="checkbox"/> 延長時間， _____分鐘	<input type="checkbox"/> 增加次數， 說明：	<input type="checkbox"/> 增加_____人 (自行增列接見人姓名等資料相關欄位)
接見日期：_____年_____月_____日 接見時間：_____時_____分起至_____時_____分止。 其他備註：				
戒護人員	戒護科長	秘書	副典獄長	典獄長

備註:

- 一、灰底部分之欄位，以收容人或接見人填寫為原則。
- 二、核准長官應勾選核准理由，並得檢附相關文件或補充說明。如為經機關列管之收容人或係犯嚴重危害社會治安案件者，應審慎衡酌，必要時得要求申請人或第三人提出相關文件，或依職權主動調查。
- 三、彈性調整接見由機關首長核准之。如首長差假，則由職務代理人行之，勿以機關副首長或秘書之職名章核章。
- 四、彈性調整接見之辦理情形，應逐筆確實登載於獄政管理資訊系統，以利查考。