

財團法人愛盲基金會 清寒視障學生助學金辦法

第一條：本辦法依據財團法人愛盲基金會（以下稱本會）成立宗旨：倡導視障者全方位學習，終身學習活動，提昇知識及教育的層次而訂定。

第二條：本辦法實施目的係為獎助：國籍為中華民國國民，並持有身心障礙手冊（須具視覺障礙或合併視覺障礙之多重障礙）且處經濟弱勢之視障學生。

第三條：本會以基金孳息及捐款收入之部分，作為助學金之經費來源，名額數得視實際經費及評審結果而酌以調整。

第四條：本助學金申請時間、申請對象、申請資格及應繳證件：

（一）申請對象：

國籍為中華民國國民，並持有身心障礙手冊（需具視覺障礙或合併視覺障礙之多重障礙）且處經濟弱勢之視障學生。申請者（填寫申請表者）若非學生本人或其監護人，申請前需先獲得學生本人或其監護人之同意方得以申請。

（二）申請時間：

上半年自每年八月一日起接受申請至九月底截止受理。

下半年自每年二月一日起接受申請至三月底截止受理。

（三）申請資格：

（1）符合下列家境清寒條件之一者：

1. 父母（或監護人）非自願性失業且家境確實困難者。

2. 持有縣市政府核發之低收入戶證明者。

3. 父母（或監護人）雙方無工作能力，且家境確實困難者。

4. 父母任一方（或監護人）或視障學生本人重病在身，確實影響家中經濟者。

5. 家中突遭變故，確實影響家中經濟者。

（2）且學期學業成績平均七十分以上（一年級新生不受此條款限制），品行良好，且當年未曾領取本會助學金補助者。

（3）採學分修習，非就讀一般標準學制學校者，本會將特案評估審核。

（四）獎助標準：

一學期以 30 名為原則，每學年共補助 60 名視障學生，每名視障學生每學期補助 5000 元為原則。

（五）應繳證件：

（1）申請書（自本基金會網站：<http://www.tfb.org.tw> 下載影印郵寄至本會）

（2）身心障礙手冊（須有視覺障礙或合併視覺障礙之多重障礙）影本乙份。

（3）在學證明（如學生證）影本乙份。

（4）中低收入戶、低收入戶資格證明或清寒證明相關文件。

（5）學期成績單影本（目前就讀的當學期）。

（6）各項應繳證件郵寄以郵戳日期為憑，逾期恕不受理。

第五條：錄取標準及順序一

- (1) 清寒程度：家庭收入低者優先。
- (2) 障礙程度：障礙程度較重度者優先。

第六條：審查程序一本基金會會接到申請後，將由本會視障服務處作初審，再提委員會複審核定之。

第七條：本會委員會成員將由本會社工員、督導及財務部主管所組成。

第八條：錄取名額人數，按當年經費預算調整，本基金會保有決定權。錄取名單於每年五月、十一月公告於本會網站。

附 註：申請書及有關證件證明請寄

財團法人愛盲基金會

100 台北市中正區忠孝西路一段 50 號 13 樓之 19

電話：(02) 2361-6663

傳真：(02) 2375-3976

本辦法於一百零五年十二月增訂修正，經董事會決議通過，一百零六年一月起正式施行。

財團法人愛盲基金會清寒視障學生助學金申請表

編號：

(由本會填寫)

一、填寫人資料

| | | | |
|-------|--|-------|--|
| 填寫人姓名 | | 填寫人單位 | |
| 申請日期 | 年 月 日 | 填寫人電話 | |
| 填寫人身份 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家人，關係_____ <input type="checkbox"/> 其他 (請說明: _____) | | |

二、申請人資料

| | | | | | |
|-------|---|-------|---|------|-------|
| 申請人姓名 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生日期 | 年 月 日 |
| 障礙類別 | 1. <input type="checkbox"/> 視障： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度 2. <input type="checkbox"/> 視多重障：合併_____障 | | | | |
| 身份證字號 | | 電話及手機 | | | |
| 就讀學校 | | 就讀年級 | | | |
| 居住地址 | | | | | |
| 戶籍地址 | | | | | |

三、家庭經濟情況摘述：

四、檢附文件：

- 身心障礙手冊正反面影本 在學證明/學生證 影本
 學期成績單影本 中低收入戶/低收入戶資格證明或清寒證明相關文件
 其他：_____

五、審查機關結果(以下勿填，由審查機關填寫)：

1. 資料審查：符合，送入審查委員會。
不符合，原因 _____
 備註： _____
2. 審核結果：符合，核發助學金。
不符合，原因 _____
 備註： _____

| | | | |
|------|-------|------|--|
| 核准日期 | 年 月 日 | 發予金額 | <input type="checkbox"/> 5000元 <input type="checkbox"/> _____元 |
| 發給日期 | 年 月 日 | 領據號碼 | |

備註：若有任何疑問歡迎電洽本會承辦社工人員陳小姐：(02) 2361-6663 轉 8903。

個案資料使用聲明

*我同意提供個人資料給愛盲基金會於進行視障服務中使用。

簽名： _____

日期： _____

個資使用聲明：

財團法人愛盲基金會，向您蒐集之個人資料；包含個人姓名、公司名稱、職稱、地址、電話及電子郵件地址等，得以直接或間接識別個人的相關資訊，將僅限使用於愛盲基金會合於營業登記項目或章程所載之目的事業，依公益勸募條例業務需要之客戶管理、募款及營業範圍內相關服務使用，並遵守「個人資料保護法」之規定妥善保護您的個人資訊。

於此前提下，您同意愛盲基金會得於法律許可之範圍內處理及利用相關資料以提供資訊或服務，並得於愛盲基金會之營運地區向您提供服務活動資訊，但您仍可依法律規定之相關個人資訊權利主張如下事項：查詢、閱覽、複製、補充、更正、處理、利用及刪除，請於上班時間以電話或電子郵件向愛盲基金會聯繫。電話：02-2361-6663；Mail：eyelove@tfb.org.tw。您亦可拒絕提供相關之個人資料，惟可能無法及時享有愛盲基金會提供之相關活動與獲取各項資訊之權利。