

**財團法人愛盲基金會**

Cultural & Educational Foundation for the Blind

地址：100台北市忠孝西路一段50號13樓之19

TEL：(02)2361-6663

FAX：(02)2375-3925

E-Mail：eyelove@cef.org.tw

聯絡專線：15935356

學務處

敬啟者：

紙本掃描

為照顧經濟弱勢之視障學生順利升學，本會提供「清寒視障學生升學獎學金」之服務申請。

本會清寒視障學生升學獎學金申請對象為「就讀國內公、私立院所碩博士班之清寒視障學生」；申請時間為「9/1-10/31」，以郵戳為憑，逾期不受理。

茲檢附本會「清寒視障學生升學金申請表格」一份。另因應個人資料保護法上路，另檢附「個案資料使用聲明同意書」一份，填妥完畢請連同申請表一併寄回。

敬請 貴單位惠予張貼轉知，協助有需要之視障學生進行申請，並附上新學期的在學證明或註冊章，謝謝。

財團法人愛盲基金會 承辦社工員 楊千慧 (02)2361-6663 轉 8703

國立中興大學



1060052733



財團法人愛盲基金會 視障學生升學獎學金辦法

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：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）之經濟弱勢視障學生，得以跨越障礙，順利升學。

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

第四條：本獎學金申請對象、申請時間、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），考入國內公、私立院所碩博士班之清寒視障學生。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：

每年九月一日起接受申請至十月底截止受理。考取研究所時間，以前一年度九月一日至當年度八月底為限。

（三）申請資格：

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。

（四）獎勵標準與原則：

碩士班 2 名，各 10000 元；博士班 1 名，各 25000 元。

（五）應繳證件：

- （1）申請表：符合申請資格者，請自行上本會網站：<http://www.tfb.org.tw> 下載申請表填寫。
- （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）中低收入戶、低收入戶資格證明或清寒證明相關文件。
- （4）在學證明文件如學生證、在學證明文件等。
- （5）各項應繳證件郵寄以郵戳日期為憑，逾期恕不受理。

第五條：審查程序一本基金會會接到申請後，將由本會視障服務處初審，再提委員會複審核定之。

第六條：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。

第七條：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-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視障學生升學獎學金申請表

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：				
<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊正反面影本 <input type="checkbox"/> 在學證明/學生證 影本 <input type="checkbox"/> 中低收入戶/低收入戶資格證明或清寒證明相關文件 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 符合，送入審查委員會。 <input type="checkbox"/> 不符合，原因_____ 備註：_____				
2. 審核結果： <input type="checkbox"/> 符合，核發升學獎學金。 <input type="checkbox"/> 不符合，原因_____ 備註：_____				
核准日期	年 月 日	發予金額	<input type="checkbox"/> 碩士班 10000 元 <input type="checkbox"/> 博士班 25000 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性人員楊小姐(02) 2361-6663 轉 8703。				

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料權利主張如下事項：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。