

醫療財團法人羅許基金會

羅東博愛醫院獎助學金實施辦法

日期：109年2月17日(第11版)

壹、宗旨：

本會為鼓勵設籍本縣家庭清寒或變故之高中（職）、大專在學學生，能本自助人助，努力不懈的奮進精神，完成教育，成為國家、社會有用之才，特訂定本辦法。

貳、助學對象及獎助學金金額：

- 一、設籍宜蘭縣內之在學學生並實際於縣內政府立案之公立高中職就學學生；每名10,000元，共計20名。
- 二、設籍在宜蘭縣內之大學、二專及五專之專四、五年級校在學學生；每名20,000元，共計15名。

參、申請條件：

一、申請條件：

- (一)因父、母親或主要經濟負擔者死亡、罹患重大傷病、失蹤、服刑、身障等情形或家庭遭遇重大災難者。
- (二)單親、隔代教養、特殊境遇或扶養人口眾多等經濟較困頓家庭。
- (三)學生最近一學期在校成績表現需全校、班級或系級排名前百分之四十，操行成績須達八十分以上。

二、申請文件：

- (一)獎助學金申請書。
- (二)在學證明或學生證影本(需蓋有申請時該學期註冊章)。
- (三)近三個月內全戶戶籍謄本（需有記事欄）。
- (四)學校推薦表。
- (五)最近一學期成績單(需有班級或學校排名)。

若有其他佐證資料，亦請檢附。

三、本獎助學金之申請，高中(職)組每校以推薦五名參加選拔為原則；大專院校組不限名額，請自行送件，惟大專院校組若有特別情形者，新增之助學名額由本會審核決定。

四、惟年滿25歲(含)以上者、研究所以上學生、延修學生、軍警校學生、推廣教育學生、空中大學學生或在職進修學生皆不列入本辦法之助學對象。另每一家庭每次以入選一名為限。

肆、審核程序：

本會依本辦法之宗旨以公正、嚴謹方式審核申請案件，審核程序分為：

- 一、收件：檢視申請者應檢附之證明文件，證件未齊全者通知補件；不符資格者、申請書空白未填寫者，不予退件。
- 二、初審：由本院組成初審小組，確認申請情形及初步瞭解送件資料完整度。

三、複審：成立五人評審小組，由本會董事長任召集人、召集公正委員，秉持公平、公正原則評審。

伍、申請時間、頒發時間及頒發方式：

一、申請截止時間：(以郵戳為憑)

上半年為 109 年 4 月 10 日止。

下半年為 109 年 10 月 23 日止。

二、頒發時間及頒發方式：

(一)頒發時間：上半年為每年五月，下半年為每年十二月。

(二)頒發方式：本獎助學金於上述時間於頒獎典禮統一發放。

陸、附則：

本辦法經本會保留修改。



醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院

109 年度第二次獎助學金申請表

公立高中職組 大專院校組(請勾選組別)

編號: - (本會填寫)

姓名 (正楷字)	出生日期	年	月	日	請貼兩吋相片	
就讀學校	系 (班)	級 (別)				
身份字號	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女			
通訊地址	請確實填寫		電話			
戶籍地址	<input type="checkbox"/> 同上	電話	<input type="checkbox"/> 同上			
e-mail	請確實填寫		手機			

下列成員生活狀況：請填寫實際共同生活之親屬，如父母、(外)祖父母、叔伯姑姨、手足或其他親屬等

稱謂	姓名	年齡	工作/就學情況	每月收入	未就業原因	領取外界補助
本人						

註:1.「領取外界補助」：指政府或其他補助，如：中低收入補助、老年津貼等，勿有空格，若無填0。
2.以上欄位若不敷填寫，請自行影印，並於裁剪後浮貼於最後一欄

請說明全家每月平均支出：新台幣_____元(必填)

申請原因	<input type="checkbox"/> 因父、母親或主要經濟負擔者死亡、罹患重大傷病、失蹤、服刑、身障等情形或家庭遭遇重大災難者。 <input type="checkbox"/> 單親、隔代教養、特殊境遇或扶養人口眾多等經濟較困頓家庭。
申請資料 (請依序並於左上角訂好)	<input type="checkbox"/> 1. 獎助學金申請表(本表) <input type="checkbox"/> 2. 在學證明或學生證影本(需蓋有申請時該學期註冊章) <input type="checkbox"/> 3. 近三個月內全戶戶籍謄本(需有記事欄) <input type="checkbox"/> 4. 最近一學期之成績單(需有排名) <input type="checkbox"/> 5. 學校推薦函 <input type="checkbox"/> 6. 其他佐證資料(如:比賽成果資料、志願服務證明、低收入或中低收入證明、身心障礙手冊等)
聲明	1.本人保證上述所填各個事項及所附文件均為事實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果，若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額並自負一切法律責任。 2.本人同意申請通過，可將獲獎訊息公佈於相關網站。 申請人：_____ (簽章) 家長或監護人：未滿二十歲之學生 (簽章)
備註	1. 申請文件請寄「26546 宜蘭縣羅東鎮南昌街83號 羅東博愛醫院社工課收」，信封上請註明「申請羅東博愛醫院獎助學金」。連絡電話：03-9543131 轉 1080~1083，聯絡人:郭雅羚社工師。 2. 申請截止日：109年10月23日前，以郵戳為憑，超過時間或資料不齊全者恕不受理。 3. 本會預計於11月18日於官網公佈申請結果。入選者將於頒獎典禮前以信件通知，請確實填寫居住地址；未入選者將不另行通知。 4. 申請表及附件資料恕不退件，惟本基金會將尊重個人機密予以嚴格保密。 5. 發放方式:將於頒獎典禮方式統一發放；頒獎典禮預計時間為109年12月第二或第三週星期六。 6. 高中職組以學校推薦送件為主，自行送件者恕不受理。

學校師長推薦函

推薦師長簽名：

(此處需加蓋學校處室之戳記或關防)