

財團法人台北市私立雙連視障關懷基金會

清寒視障學生助學金申請辦法

第一條：本辦法依據財團法人台北市私立雙連視障關懷基金會（以下簡稱本會）成立宗旨：為鼓勵在學視障學生勤奮學習，不因家庭清寒或變故而失學，能在本會關懷扶助下順利完成教育而訂定本辦法。

第二條：實施目的係為獎助：中華民國國籍，具視覺障礙或合併視覺障礙並持有身心障礙手冊或證明，確處經濟弱勢目前為國內經政府立案之公私立學校在學視障學生且就學困難者。

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，名額以每年度 20 名為原則，並得視實際經費及評審結果而酌以調整。

第四條：助學金申請對象、申請時間、申請資格及應備證件：

(一) 申請對象：

為中華民國國籍，具視覺障礙或合併視覺障礙並持有身心障礙手冊或證明，且處經濟弱勢目前為國內經政府立案之公私立學校在學視障學生。

(二) 申請時間：

自每年八月一日起接受申請至九月三十日截止受理，以郵戳為憑。

(三) 申請資格：

(1) 符合下列家境清寒條件之一者：

1. 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。
2. 單親、隔代教養、特殊境遇或扶養人口眾多等長期貧困家庭
3. 持有縣市政府核發之中低收入戶證明者。
4. 視障學生本人重病在身(需提供醫師證明)，確實影響家中經濟者。

(2) 以在學視障學生為主，在學且品行良好，且當年未曾領取政府各類學雜費減免優待補助及軍公教子女教育補助費者(註：領有低收入戶卡者及 12 年國教學雜費補助者不再此限)

(3) 採學分修習，非就讀一般標準學制學校者，本會將視個案評估審核。

(四) 獎助標準：

每學年以 20 位名額為原則，每名視障學生以每人補助 5,000 元為原則。

(五) 應繳證件：

(1) 申請書（本會官網下載填寫）。

(2) 身心障礙手冊或證明（需有視覺障礙或合併視覺障礙）影本乙份。

(3) 在學證明或學生證(需蓋有申請時該學期註冊章)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) 前一學期成績單影本。

(6) 近三個月內全戶戶籍謄本（需有記事欄）。

(7) 三個月內發生災難、變故或重症等之證明文書（如死亡證明書、醫療診斷證

明書、服刑或重大災害證明等)。

(8) 各項應繳證件郵寄以郵戳日期為憑，逾期恕不受理。

(六) 申請手續：

申請人請詳填「清寒視障學生助學金」申請表，並檢附相關資料郵寄本會受理。

第五條：錄取標準及順序：

(一) 清寒程度：家庭收入低者優先。

(二) 障礙程度：障礙程度較重度者優先。

第六條：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，證件未齊全者通知於期限內補件，逾期將不予受理。

不符資格者、申請書空白未填寫者，不予受理及退件。

(二) 初審：本會接獲申請表單後，將由本會執行長初審。

(三) 決審：由本會董事會決審，決定核發名單。

第七條：錄取名額人數，按當年經費預算調整，本基金會將通知錄取者領獎方式，並保有決定權。錄取名單於每年十一月底公告於本會網站。

附則：本辦法經董事會通過後實施，修改時亦同。

附註：申請書及相關證件請寄 **【財團法人台北市私立雙連視障關懷基金會】**
104 台北市中山區中山北路2段111號11樓**【助學金申請小組收】**

電話：(02) 2531-2320

傳真：(02) 2531-2771

本辦法於104年6月制訂，經董事會決議通過，104年7月1日起正式施行。

財團法人台北市私立雙連視障關懷基金會清寒視障學生助學金申請書

104.06.18 修訂

組別：請勾選 A.國中 B.國小 C.高中職 D.專科以上

一、填寫人資料		編號：		(由本會填寫)	
填寫人姓名		申請日期		年	月 日
填寫人電話		填寫人地址			
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：					
<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長期貧困家庭。					
摘述：					
四、檢附文件：					
<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊或證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 在學證明/學生證 影本 <input type="checkbox"/> 前一學年度學期成績單影本 <input type="checkbox"/> 中低收入戶/低收入戶證明或清寒證明相關文件 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
五、審查結果(以下勿填，由審查人員填寫)：					
1. 資料審查： <input type="checkbox"/> 符合，送入董事會。 <input type="checkbox"/> 不符合，原因_____					
備註：_____					
2. 審核結果： <input type="checkbox"/> 符合，核發助學金。 <input type="checkbox"/> 不符合，原因_____		初審人員簽章： 決審人員簽章：		發予金額 <input type="checkbox"/> 5,000 元 <input type="checkbox"/> _____元	
備註：_____					
核准日期		年 月 日		領據號碼	
發給日期：					

備註：若有任何疑問歡迎電洽本會承辦人員：(02) 2531-2320

個人資料使用聲明

*我同意提供個人資料給財團法人台北市私立雙連視障關懷基金會於進行視障服務中使用。

簽名： _____

日期： _____

個資使用聲明：

財團法人台北市私立雙連視障關懷基金會，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，將僅限使用於台北市私立雙連視障關懷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，您同意台北市私立雙連視障關懷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，並得於台北市私立雙連視障關懷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台北市私立雙連視障關懷基金會聯繫。**電話：02-2531-2320；E-Mail：suanlien@suanlien.org.tw。**您亦可拒絕提供相關之個人資料，惟可能無法即時享有台北市私立雙連視障關懷基金會提供之相關活動與獲取各項資訊之權利。