

檔 號：
保存年限：

財團法人愛盲基金會 函

地址：100 台北市忠孝西路一段 50 號 13 樓之 19
聯絡人：林思妤
電話：(02) 2361-6663 分機 8915
傳真：(02) 2375-3976
電子信箱：0590@tfb.org.tw

受文者：中華醫事科技大學

發文日期：中華民國 113 年 7 月 15 日

發文字號：愛盲(全)字第 113108 號

速別：普通

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明二

主旨：本會為辦理視障生「113 年度清寒視障學生助學金」宣傳所需，惠請貴單位協助轉知視障生，詳細資料如附件，請查照。

說明：

- 一、本會為照顧經濟弱勢之視障學生穩定就學，提供「清寒視障學生獎助學金」之申請，誠摯邀請貴校符合資格之視障生踴躍申請。
- 二、檢附助學金簡章及申請文件各乙份，其中「受補(獎)助、捐贈者資訊不公開聲明書」非必填文件，視申請者意願自行決定是否填寫。
- 三、歡迎至愛盲基金會網站-關於愛盲-最新消息-清寒視障學生助學金將開放申請-下載報名表電子檔。

正本：如行文單位

副本：財團法人愛盲基金會

董事長 黃克倫

愛盲基金會
清寒視障學生助學金

申請簡章

為照顧經濟弱勢之視障學生穩定就學，本會提供「清寒視障學生獎助學金」之服務申請。若您或是身邊有符合以下申請資格的視障生，都歡迎可以協助轉發本申請簡章。

●申請對象

國籍為中華民國國民，領有身心障礙證明之視覺障礙者，並處於經濟弱勢的視障學生。

●申請資格

1. 家境清寒且持有縣市政府核發低收入或中低收入戶證明，或里長開立之清寒證明者，請於申請表描述家境清寒狀況。
2. 且學期成績平均七十分以上，且當年度未曾領取本會助學金補助者。
3. 非就讀一般標準學制者，將特案評估審核。

●應繳證件

1. 申請書
2. 身心障礙證明之視覺障礙正反面影本
3. 在學證明或學生證影本(需有最新學期註冊章)
4. 最新學期成績單影本
5. 低收入、中低收入戶證明，或清寒證明

●錄取名額

一年兩期，一期獎助 30 名視障生為原則，每名一期可補助 5000 元。

●收件時間

第一期：每年二月一日截至三月底(3/31)

第二期：每年八月一日截至九月底(9/30)

●錄取日程與規定

1. 收件截止以郵戳日期為憑
2. 以清寒程度為優先考量

詳細規定可洽詢窗口

愛盲基金會社工員 林思好

電話(02)23616663 轉 8915

電子郵件 0590@tfb.org.tw

地址：台北市忠孝西路一段 50 號 13 樓之 19

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			
身分證字號		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"/> 身心障礙證明正反面影本		<input type="checkbox"/> 在學證明/學生證 影本		
<input type="checkbox"/> 學期成績單影本		<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，核發助學金。				
<input type="checkbox"/> 不符合，原因_____ 備註：_____				
核准日期	年 月 日	發予金額	<input type="checkbox"/> 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林小姐：(02) 2361-6663轉8915。				

受補（獎）助、捐贈者資訊不公開聲明書

依據「財團法人法」第 25 條規定，除受補（獎）助、捐贈者事先表示反對外，財團法人愛盲基金會需主動公開受補（獎）助、捐贈者之姓名及金額。若您不希望公開您的姓名及金額，煩請填寫下列聲明書之資料，以便本會依法辦理。

本人特此聲明，不同意愛盲基金會公開本人之受補（獎）助、捐贈者訊息，包括姓名及金額等相關資訊。

致

財團法人愛盲基金會

立書人姓名：_____

身分證字號：_____

連絡電話：_____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

填寫後請傳真02-23753925或 mail 至 eyelove@tfb.org.tw，謝謝

***右側為會務使用請勿填寫

建檔日：

建檔人：