

均達慈善基金-103 學年度身心障礙者獎助學金 申請簡章

- 一、代辦單位：國泰世華銀行文化慈善基金會
- 二、承辦單位：台北市身心障礙服務推展協會
- 三、依據：本案依據 96.6.25 國世基金會字第 0960000054 號函辦理之。
- 四、前言：由善心人林女士捐贈，設置『均達慈善基金』。經指定委請本會甄審台北市國中、高中(職)成績優良或有特殊專長的身心障礙學生(腦性麻痺同學除外)各五名，每名壹萬元，以鼓舞同學勤學向上精神，順利完成學業克服障礙，回饋服務社會。
- 五、申請時間：即日起至 104 年 9 月 16 日受理申請並以網路公告及發文至台北市教育局函轉各校。
- 六、申請資格：
 1. 就讀台北市之國中、高中(職)身心障礙學生(腦性麻痺同學除外)
 2. 學業成績 70 分以上
 3. 操行成績甲等以上，若無等第者以日常生活表現描述概況
 4. 低收入戶(經政府核為低收入者)、家境清寒或具有特殊專長者(須有證明者)優先
- 七、申請辦法：凡符合申請資格者，可由其家長或學校教師提出申請表，並備齊下列文件申請：
 1. 學生證影印本
 2. 身心障礙手冊影本
 3. 103 學年度成績證明文件正本(若為影印本需加蓋學校校章)。
*若只提供上學期或下學期，單一學期資料恕不受理。
 4. 低收入戶證明(若無免附件)。
 5. 特殊專長事實證明(如：獎狀或由學校老師代擬寫推薦函)
- 八、審核方法：由本會組成審查小組共同審核後，再送國泰世華銀行文化慈善基金會決審。
- 九、備註：
 1. 申請資料恕不退件，若未備齊者，恕不另行通知及受理。
 2. 為尊重學生個人隱私，屆時得獎學生名單，暫不公佈於任何公開資料上。(若姓名可公開者也請於表格內註明)
 3. 申請資料請寄台北市 10873 萬華區萬大路 437 號 3 樓
台北市身心障礙服務推展協會收。
電話(02)2303-7629 • 2305-5423 執行秘書:王素娟
 4. 本案原依 85 年國泰世華銀行文化慈善基金會來函委託本會辦理「秉勳慈幼基金」，自 96 年 6 月起依捐贈人所示更為「均達慈善基金」。
 5. 若有任何疑問歡迎來電詢問或來信或寄
E-mail: srvheart@seed.net.tw
- 十、其他：本會另代辦泓陞慈善基金會之 103 學年度腦性麻痺獎助學金及兒童罕見疾病急難救助金，若有需要者可洽本會蔡瓊瑤小姐。

※可至本會網頁下載簡章、申請表~<http://www.serviceheart.org.tw>

國泰世華銀行文化慈善基金會代辦
 台北市身心障礙服務推展協會承辦

均達慈善基金申請表

◎是否願意收到本會各項活動訊息? 是 否 *請配合勾選

填寫 人 資 料	編號	申請日	104年	月	日	組別	<input type="checkbox"/> 國中組 <input type="checkbox"/> 高中組	
	姓名		性別		姓名		性別	
	與學生關係		身份證字號		障別			
	聯絡電話	日:		學生 資 料	出生年月日		姓名是否公開? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		夜:			校名		照片是否公開 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		行動:			年級			
聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	聯絡電話	日:		行動:			
E-MAIL		聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
		E-MAIL						

103學年度 總成績	學業	低收入戶	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	操行	
---------------	----	------	---	----	--

※若無等第者以日常生活表現描述概況

學生概況或特殊專長補充：(務必填寫,若無任何描述則以其他申請案件為優先;若不敷使用,請另以A4規格填寫為主)

附件：學生證影本 身心障礙手冊影本 103學年度成績證明單正本
低收入戶證明(若無免附件) 特殊專長證明(若無免附件)

※以下由審查機關填寫，申請人勿填：

台北市身心障礙服務推展協會		國泰世華銀行文化慈善基金會	
通過	不通過	通過	不通過

核准日：104年 月 日	發予日：104年 月 日	收據號：
--------------	--------------	------

備註：
 1. 收件日期即日起至104年9月16日受理申請，寄至本會受理申請審核。
 地址：10873台北市萬大路437號3樓，台北市身心障礙服務推展協會收
 2. 申請資料恕不退件，若未備齊者，恕不通知及受理。
 本會聯絡電話：(02)2303-7629・2305-5423 聯絡人：執行秘書王小姐

泓陞慈善基金—103 學年度腦性麻痺獎助學金申請簡章

- 一、代辦單位：國泰世華銀行文化慈善基金會
- 二、承辦單位：台北市身心障礙服務推展協會
- 三、依據：本案依據 96.6.25 國泰世華銀行文化慈善基金會，國世基金會字第 0960000055 號函辦理之。
- 四、前言：由善心人林玉華女士捐款，設置「泓陞慈善基金」特由國泰世華銀行委託本會承辦腦性麻痺在學學生獎助學金，國中生及高中生每學年各五名每名壹萬元，以鼓舞同學奮發向上，克服障礙，服務社會。
- 五、申請時間：即日起至 104 年 9 月 16 日止受理申請並以網路公告及發公文至教育局函轉各所屬之學校。
- 六、申請資格：凡台北市之國中、高中(職)腦性麻痺學生
 1. 學業成績 70 分以上
 2. 高中職者需操行成績甲等，國中者需檢附日常生活表現檢核表。
 3. 低收入戶(經政府核為低收入者)、家境清寒(突遭變故、家長非自願性失業)要提出事實證明文件或具有特殊專長者優先。
 4. 未領取過本案者為優先。
- 七、申請辦法：凡就讀台北市之國中、高中(職)腦性麻痺學生達上述資格者，可由其家長或學校教師提出申請表，並備齊下列文件申請：
 1. 學生證影印本。
 2. 身心障礙手冊(身心障礙證明)正、反面影印本。
 3. 103 學年度成績證明文件正本(若為影印本需加蓋學校校章)。
*若只提供上學期或下學期，單一學期資料恕不受理。
 4. 家境清寒或低收入戶者檢附證明影本。
 5. 特殊專長事實證明(如：獎狀或由學校老師代擬寫推薦函)。
- 八、審核方法：由本會組成審查小組共同審核後，再送國泰世華銀行文化慈善基金會決審。
**※發放時間：待國泰世華銀行文化慈善基金會審查定案後，本會再行通知得獎人。
若案主無異議，本會再拍照建檔。**
- 九、備註：
 1. 申請資料恕不退件，若未備齊者，恕不通知及受理。另申請案件過多，倘無通過者恕本會無法一一通知，請見諒！
 2. 為尊重學生個人隱私，屆時得獎學生名單，暫不公佈於任何公開資料上。(若姓名可公開者也請於表格內註明)
 3. 申請資料請寄 10873 台北市萬華區萬大路 437 號 3 樓
台北市身心障礙服務推展協會收。
電話(02)2303-7629・2305-5423 執行秘書:蔡瓊瑤
 4. 本案原依 85 年國泰世華銀行文化慈善基金會來函委託本會辦理「文華慈善基金」，自 96 年 6 月起依捐贈人所示更為「泓陞慈善基金」。
 5. 若有任何疑問歡迎來電詢問或來信或寄 E-mail:
srvheart@seed.net.tw
- 十、其他：本會另代辦泓陞慈善基金之 104 年兒童罕見疾病急難救助金、103 學年均達慈善基金身心障礙者獎助學金，若有需要者可洽本會蔡瓊瑤小姐、王素娟小姐。

※可至本會網頁下載簡章、申請表~<http://www.serviceheart.org.tw>

國泰世華銀行文化慈善基金會 代辦
 台北市身心障礙服務推展協會 承辦

泓陞慈善腦性麻痺獎助學金申請表

◎是否願意收到本會各項活動訊息？ 是 否 *請配合勾選

編號	本欄勿填	申請日	104年 月 日	組別	<input type="checkbox"/> 國中組 <input type="checkbox"/> 高中(職)組		
申請人資料 (資料請完整填寫)	姓名		性別		校名		
	與學生關係				科系		
	聯絡電話 【一定要留哦】	日:			姓名	性別	年級
		夜:					
		行動:			身份證字號	姓名是否公開? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	聯絡地址	□□□□□		出生年月日	照片是否公開? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
					聯絡電話	日:	
	E-MAIL			聯絡地址	行動:		
老師姓名	(一定要填寫)		□□□□□				
老師聯絡電話			E-MAIL				

103學年度總成績 學業 高中職組操行 低收入戶 是 否

國中組日常生活表現 ※若無等第者以日常生活表現描述概況

學生概況或特殊專長補充：(務必填寫,若無任何描述則以其他申請案件為優先;若不敷使用,請另以A4規格填寫為主)

※文件:學生證影本 身心障礙手冊(身心障礙證明)正、反面影本 103學年度成績證明單正本
低收入戶證明(若無免附件) 特殊專長證明(若無免附件) 其他:

※以下由審查機關填寫，申請人勿填：

台北市身心障礙服務推展協會		國泰世華銀行文化慈善基金會	
通過	不通過	通過	不通過

核准日：104年 月 日 發予日：104年 月 日 收據號：

備註：申請資料恕不退件，若未備齊者，恕不通知及受理。申請表請寄本會：
 10873 台北市萬大路 437 號 3 樓，台北市身心障礙服務推展協會收
 本會聯絡電話：(02)2303-7629・2305-5423 聯絡人：執行秘書蔡瓊瑤

本申請案件受理於即日起至104年9月16日止，逾期不再受理。若有任何疑問請來電詢問。

泓陞慈善基金

104年兒童罕見疾病家庭急難救助金申請簡章

- 一、代辦單位：國泰世華銀行文化慈善基金會
- 二、承辦單位：台北市身心障礙服務推展協會
- 三、依據：本案依據96.6.25國泰世華銀行文化慈善基金會，國世基金會字第0960000055號函辦理之。
- 四、前言：由善心人林玉華女士捐款，設置「泓陞慈善基金」特由國泰世華銀行委託本會承辦兒童罕見疾病家庭急難救助金，濟助台北縣、台北市之兒童罕見疾病家庭每年各五名，共十名，每名壹萬元整，協助確切需要幫助的家庭，以達「救急不救窮」、「幼吾幼以及人之幼」之精神。
- 五、申請日期：即日起至104年9月16日止受理申請並以網路公告及發文至教育局、社會局函轉各所屬之學校及社福相關團體告知。
- 六、申請資格：凡台北市、新北市之國小(以下)兒童罕見疾病家庭。
 - 1、兒童本身需為患有罕見疾病(104年3月12日公告罕病205種，衛生福利部國民健康署公告罕見疾病名單為主
http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/Portal/File/ThemeDocFile/201501151213540864/公告罕病分類序號彙總表-1040312_共205種.pdf)。
 - 2、經政府核為低收入之家庭優先。
 - 3、家境清寒(突遭變故、家長非自願性失業)要提出事實證明文件，讓急難救助金可以適時發揮。
 - 4、未領取過本案者為優先。
- 七、申請辦法：
 1. 填寫申請表乙份。
 2. 附註證明文件：
 - (1) 低收入戶證明影本
 - (2) 身心障礙手冊(身心障礙證明)正、反面影本
*倘無身心障礙手冊者，可於事後補寄，請案主向政府申請以禱政府了解身心障礙人口數，並享應有之福利。
 - (3) 全戶戶口謄本乙份
 - (4) 罕見疾病證明文件
 - (5) 急難救助事實證明文件一份
- 八、審核方法：推薦人填寫罕見疾病家庭急難救助申請書並備急難證明文件，提供本會審核後，再轉予國泰世華銀行文化慈善基金會定案。
 - 1、本案審查後將正本給予國泰世華銀行文化慈善基金會建檔。
 - 2、發放時間：待國泰世華銀行文化慈善基金會審查定案後，本會再行通知通過補助之受助人。若案主無異議，本會再拍照建檔。
- 九、備註：
 1. 申請資料恕不退件，若未備齊者，恕不另行通知及受理。另申請案件過多，倘無通過者恕本會無法一一通知，請見諒！
 2. 為尊重學生個人隱私，屆時得獎學生名單，暫不公佈於任何公開資料上。(若姓名可公開者也請於表格內註明)
 3. 申請資料請寄10873台北市萬華區萬大路437號3樓
台北市身心障礙服務推展協會收。
電話(02)2303-7629・2305-5423 執行秘書:蔡瓊瑤
 4. 若有任何疑問歡迎來電詢問或來信或寄
E-mail: srvheart@seed.net.tw
- 十、其他：本會另代辦泓陞慈善基金之103學年腦性麻痺獎助學金、103學年均達慈善基金身心障礙者獎助學金，若有需要者可洽本會蔡瓊瑤小姐、王素娟小姐。

※可至本會網頁下載簡章、申請表~<http://www.serviceheart.org.tw>

國泰世華銀行文化慈善基金會 代辦
 台北市身心障礙服務推展協會 承辦

泓陞慈善基金申請表
 (兒童罕見疾病家庭急難救助金)

◎是否願意收到本會各項活動訊息? 是 否 *請配合勾選

編號	本欄勿填	申請日	104年	月	日	校名				
填寫人資料 (請完整填寫)	姓名		性別		學生資料 (請完整填寫)	姓名		性別		
	與學生關係					身份證字號	姓名是否公開? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	聯絡電話 【一定要留哦】	日:				出生年月日	照片是否公開? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
		夜:				家長姓名				
		行動:				聯絡電話	夜:			
	聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					日:			
	E-MAIL					聯絡地址	行動:			
	老師姓名	(一定要填寫)					E-MAIL			
老師聯絡電話	(一定要填寫)									
家庭收入情形	每月	元	罕見疾病名稱							
曾否接受其它性質救助金： <input type="checkbox"/> 有，單位：_____金額：_____元 <input type="checkbox"/> 無										
兒童情況簡述：(務必填寫，若無任何描述則以其他申請案件為優先；若不敷使用，請另以A4規格填寫)										
附件： <input type="checkbox"/> 低收入證明文件 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊(身心障礙證明)正、反面影本 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 急難救助文件(簡述急難情況，並請老師證明之) <input type="checkbox"/> 兒童罕見疾病證明文件 <input type="checkbox"/> 其他 →共_____份										
※以下由審查機關填寫，申請人勿填：										
台北市身心障礙服務推展協會					國泰世華銀行文化慈善基金會					
通過		不通過			通過		不通過			
核准日：104年 月 日					發予日：104年 月 日			收據號：		
備註：1.申請資格：設籍台北市、新北市之國小或同年齡以下罕見疾病之兒童(具低收入戶者優先) 2.申請資料恕不退件，若未備齊者，恕不通知及受理。相關資料彙整後請寄本會： 10873 台北市萬大路437號3樓，台北市身心障礙服務推展協會收 本會聯絡電話：(02)2303-7629 • 2305-5423 聯絡人：執行秘書蔡瓊瑤										

本申請案件受理於即日起至104年9月16日止，逾期不再受理。若有任何疑問請來電詢問。