

2019年癌友家庭大專子女獎助學金簡章



說明

擴大本會對癌友家庭服務層面，協助癌友就學子女專心向學，緩解經濟負擔，以正在治療中、經濟弱勢且資源系統薄弱家庭為優先考量。



獎助對象、獎金、名額

獎助對象為癌症病人之大專院校在學子女，每戶限一名子女申請。每名貳萬元整，共75名。



申請資格

1. 父母一方罹癌，且積極治療中。(積極治療中認定：手術、化療、放射線治療、標靶、免疫藥物治療…等)
2. 就讀日間部大專院校或五專四-五年級或二技/專或七年一貫制4-7年級之25歲以下在學子女，具正式學制且有學籍證明者。(不含空大、空專、進修學院、空中進修學院、補校、夜間部等)
3. 107學年度上學期成績總平均達60分以上者。



申請方式

請至本會希望小站索取申請表格，或逕自官網(www.ecancer.org.tw)下載申請表，填寫後，連同下列必備文件掛號郵寄**40341**台中市西區民權路**312巷4-1號1樓**癌症希望基金會收，註明「申請獎助學金」。

*必備文件：

1. 獎助學金申請表正本。
2. 罹癌診斷證明書影本(限2018年12月以後開立)，恕不接受重大傷病核定審查通知書。
3. 近三個月內**戶籍謄本(現戶全戶)影本**(可於各地的戶政事務所提出申請)。
4. 申請人雙親之**106年度之綜合所得稅各類所得清單及財產歸屬清單**影本(兩項皆須檢附，可於任一國稅分局、稽徵所申請)。如有108年度的低收或中低收證明者，免付所得與財產清單，若其中一方未有低收或中低收資格，仍須繳納綜合所得與財產清單。
5. **學籍證明或學生證影本** (107學年度下學期註冊章之學生證正反面影本或在學證明)。
6. 107學年度**上學期成績單**影本。
7. **學生自傳**：介紹自己與家庭成員、家中經濟狀況、父母罹癌後生活之改變及因應方式(以A4大小紙張，600字以上)，親筆或電腦打字皆可，不得由他人代寫。
8. **其他特殊身分證明文件影本**。(如：低收/中低收、弱勢兒少核定公文、身心障礙證明、清寒證明、特殊境遇家庭核定公文...等)，無則免附。



收件期間：**2019年3月1日~3月31日(以郵戳為憑)**



注意事項

1. 經書面審查後，申請者須配合本會家庭訪視或電話關懷訪談。
2. 本獎助學金「每戶以補助一名為限」，請斟酌戶內子女狀況，由一人提出申請。
3. 本獎助學金申請案**不接受補件，申請單內容未填寫齊全或資料不全者，將排除審核資格，不另行通知。**
4. 審核結果於**2019年5月13日(一)**在本會官網 www.ecancer.org.tw 公告，請自行上網查詢。
5. **獲獎助學金核發者須出席本會所舉辦之8小時「希望種子營」親自領取。**
6. 所有申請文件，本會將妥善保存，不予寄還。



洽詢專線：**(04)2305-5731、0809-010-580**

感謝東洋藥品、明門實業公益贊助

2019年癌友家庭大專子女獎助學金申請表

申請學生身分：首次申請 曾於民國____年獲本會獎助學金 (下表欄位均必填)

癌友姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	(民國) 年 月 日
通訊地址	○○____縣市____市鎮區鄉____村鄰 ____路街__段__巷__弄__號__樓之__	聯絡電話	
e-mail	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:	行動電話	
病友現況	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 復發治療中 <input type="checkbox"/> 門診追蹤____年	訊息來源	
癌症名稱	____癌, <input type="checkbox"/> 零期 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 不詳	就診醫院	
確診日期	確診日期: (民國)____年____月____日		
治療方式	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化學治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 標靶治療 <input type="checkbox"/> 免疫藥物治療 <input type="checkbox"/> 其他		

※家庭經濟狀況:

※同住家庭成員狀況:

稱謂	姓名	存 歿	出生 年次	就業情形 或就讀學校/年級	工作狀況/職稱	每月工作收入	未工作/就學原因
父							
母							
學生 本人							

※申請學生資料

申請人姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	(民國) 年 月 日
就讀學校	科系	學制/年級	____部/____年級
申請人通訊地址	○○○____縣市____市鎮區鄉____村鄰 ____路街__段__巷__弄__號__樓之__	身份證字號	
學生 e-mail		手足曾領本會獎助學金	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, ____年領取

※附件檢核:

5. 家庭每月固定總支出約 元。項目說明:

註 1. 本人充分瞭解癲友家庭木專子女獎助學金之申請內容，並同意授權癲症希望基金會業務需求運用個人

--