

檔 號：
保存年限：



17200

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：高雄醫學大學生輔組

發文日期：中華民國 112 年 8 月 15 日

發文字號：愛盲(全)字第 112128 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「112 年度視障者碩博士升學獎學金」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「視障者碩博士升學獎學金」之申請，誠摯邀請貴校符合資格之視障生踴躍申請。
- 二、檢附升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-視障者碩博士升學獎學金將開放申請-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

財團法人愛盲基金會
視障者碩博士升學獎學金辦法

一、**辦理單位**：財團法人愛盲基金會(以下簡稱本會)

二、**前言**：

茲為鼓勵社會經濟弱勢之視障盲友繼續攻讀碩博士學位，本會特別設置『視障者升學獎學金辦法』，碩士每名壹萬元，博士每名貳萬伍仟元。每年預算依照前一年度實際申請名額彈性調整。本會可經由特殊審計後酌予變更，惟本會保有最終甄審權。

錄取名單於當年度十二月底前公告於本會網站。

三、**受領資格**：

1. 中華民國領有身心障礙證明之視覺障礙者，並具有清寒證明或政府核為中低收入者或低收入者。
2. 錄取中華民國教育部認可之公私立大專院校碩、博士班，且於申請時未辦理休學者。
3. 就讀於碩士班期間可申請碩士升學獎學金；就讀於博士班期間可申請領博士升學獎學金。
4. 如攻讀多個學位，同階獎學金每人以領取乙次為限。
5. 過去如有隱匿、拒絕、或提供過不實資料者不接受申請。

四、**申請方式**：

由申請人備齊申請資料，每年九月一日起接受申請至十月三十一日截止受理(郵寄以郵戳為憑)。

五、**審核程序**：

1. 採書面審查，申請人填寫視障者升學獎學金申請表，並備妥相關證明文件，提交本會審核。

(1) 由本會視障服務處核實申請人提供資料無誤後發放。

2. 申請資料

(1) 申請表乙份。

(2) 政府核發之身心障礙證明影本乙份。

(3) 證明文件：a. 清寒證明或中低收入戶證明或低收入戶證明。

b. 在學證明書(需蓋學校章)

註：申請文件恕不退還。

3. 獎學金發放

(1) 升學獎學金申請表可至本會網頁下載，本會網址：<http://www.tfb.org.tw>。

(2) 申請書及證明文件請寄：

100 台北市中正區忠孝西路一段 50 號 13 樓之 19

財團法人愛盲基金會 升學獎學金小組收

電 話：(02) 2361-6663 分機 8915

傳 真：(02) 2375-3976

承辦人：林小姐

財團法人愛盲基金會
視障者碩博士升學獎學金申請表

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 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：				
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"/> 清寒證明或中低收入戶/低收入戶資格證明相關文件 <input type="checkbox"/> 個人資料使用聲明 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
五、審查機關結果(以下勿填，由審查機關填寫)：				
審核結果： <input type="checkbox"/> 資料齊全，核發升學獎學金。 <input type="checkbox"/> 不符合，原因_____				
備註：_____				
核准日期	年 月 日	發予金額	<input type="checkbox"/> 碩士班 10000 元 <input type="checkbox"/> 博士班 25000 元	
發給日期	年 月 日	領據號碼		
處級主管		審查人員		

個案資料使用聲明

* 我同意提供個人資料給予愛盲基金會於法定事項及視障服務中使用。

聲明者簽名：_____

聲明日期：_____

個資使用聲明：

財團法人愛盲基金會向您蒐集之個人資料包含：個人姓名、公司名稱、工作職稱、公司或住家地址、電話、電子郵件地址等，得以直接或間接識別個人的相關資訊，將僅限使用於愛盲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，您同意愛盲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，並得於愛盲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愛盲基金會聯繫。

另依據財團法人法第 25 條之規定「前一年度之接受補助、捐贈名單清冊及支付獎助、捐贈名單清冊，且僅公開其補助、捐贈者及受獎助、捐贈者之姓名或名稱及補（獎）助、捐贈金額。但補助、捐贈者或受獎助、捐贈者事先以書面表示反對，或公開將妨礙或嚴重影響財團法人運作，且經主管機關同意者，不公開之。」本會須主動公開您的姓名及接受獎助的金額。

電話：02-2361-6663；電郵：eyelove@tfb.org.tw。您亦可拒絕提供相關之個人資料，惟可能無法及時享有愛盲基金會提供之相關活動與獲取各項資訊之服務。

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：