

泓陞慈善基金—107 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 108 年 9 月 25 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：
 1. 就讀台北市之國中、高中(職)腦性麻痺學生
 2. 學業成績 70 分以上
 3. 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。
 4. 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。
- 七、申請辦法：凡符合申請者，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. 107 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。
- 九、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。
- 十、備註：
 1. 申請資料恕不退件，若未備齊者，恕不通知及受理。
 2. 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)2305-5423 執行秘書:蔡瓊瑤
 3. 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」。
 4. 若有任何疑問歡迎來電詢問或來信或寄 E-mail:srvheart@seed.net.tw
- 十一、其他：本會另代辦泓陞慈善基金之 108 年兒童罕見疾病急難救助金、107 學年度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。

※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

107 學年度泓陞慈善
 腦性麻痺獎助學金申請表

編號	本欄勿填	申請日	108 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			校 名			
	與學生關係			科 系	科	年級	
	聯絡電話 【一定要留哦】	日：			姓 名	性別	
		夜：			身份證字號	姓名是否公開? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		行動：			出生年月日	照片是否公開? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	聯絡地址	□□□□□		聯絡電話	日： 行動：		
	E - M A I L			聯絡地址	□□□□□		
	老師姓名	(一定要填寫)		E - M A I L			
老師聯絡電話							
107 學年度總成績		學業		高中職組操行		低收入戶 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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)							
附件： <input type="checkbox"/> 學生證影本 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊(身心障礙證明)正、反面影本 <input type="checkbox"/> 107 學年度成績證明單正本 <input type="checkbox"/> 低收入戶證明(若無免附件) <input type="checkbox"/> 特殊專長證明(若無免附件) <input type="checkbox"/> 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：108 年 月 日		發予日：108 年 月 日		收據號：			
備註：							
1. 收件日期即日起至 108 年 9 月 25 日止受理申請，相關資料彙整後請寄本會。 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 本會聯絡電話：(02)2305-5423 聯絡人：執行秘書蔡瓊瑤小姐							
2. 申請資料恕不退件，若未備齊者，恕不通知及受理。							