

# 財團法人台北市雨揚慈善基金會

**113-1 學期 學生護眼計畫補助金申請表(收件截止日為 113/10/31)**

備妥後請**以校為單位**郵寄紙本資料至：

『106070 台北市大安區忠孝東路四段 60 號 12 樓-1 (雨揚慈善基金會 護眼小組收)』

## 申請護眼計畫 應備文件說明

| 檢核備妥<br>請打勾              | 所需文件及說明                                                                                                                                                             |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. 單位機構送件清冊(一單位一張即可，無須每位個案都附一張)：需由機構單位(如：社福團體、慈善公益等機構單位)或由學校轉介申請(不接受個案自行送件申請)，表格文件需附機構單位章(例：學校處室章或處室辦公章等)及承辦人核章資料。(附件一)。                                            |
| <input type="checkbox"/> | 2. 個案個人申請表：一位個案請寫一張/請單位機構務必協助填寫「單位意見或審核說明一欄」。(附件二)。                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> | 3. 新式戶口名簿影本或是一年內之有效戶籍謄本影本(記事不可省略)。                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> | 4. 低收入戶或中低收入戶或清寒證明(單位或是里長辦公室之清寒證明皆可)。                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> | 5. 補助金發放之匯款帳戶存摺封面影本(請盡量以個案姓名之匯款帳戶為主，且銀行名稱、分行及匯款帳號需可清晰辨識)。                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> | 6. 學校視力檢查表(健康檢查表影本可)或個案於眼科看診的診斷證明等資料(以確認個案確實因視力問題有配鏡需求)。                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> | 7. 大學光學集團合作護眼計畫配合門市之學生預約單。(以合作配鏡門市為主，請先填寫預約單並與其他資料一併送件至基金會，若通過審核，將有專人與個案家長預約配鏡時間及說明相關補助流程，未拿到正式預約單前，個案勿先自行前往)。(附件三)。                                                |
| <input type="checkbox"/> | 8. 蒐集、處理及利用個人資料告知暨同意書(同意將案例故事化名放上官網公開徵信)，申請人需於送審案件時一併簽回申請。(附件四)。                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> | 9. 申請人(請簽需配鏡學生姓名)需於送審案件時先填寫本會領據單一併來件申請(金額及日期欄位請空白)。(附件五)。                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> | 10. 拿到補助眼鏡後，請個案家長或老師，協助提供學生戴上眼鏡前、後生活及學習照片數張，以便往後主管機關審核備查之需。<br>*敬請 EMAIL 至雨揚慈善基金會郵箱( <a href="mailto:rs_welfare@yohofate.com">rs_welfare@yohofate.com</a> )，謝謝您的配合！ |

雨揚慈善基金會 護眼小組：02-2711-4888 (周一~周五 09:30-17:00)，如有疑問，敬請來電詢問！

## 財團法人台北市雨揚慈善基金會

學生護眼計畫補助金申請表—機構送件清冊 (每校(機構單位)彙整成一份)

轉介申請單位名稱：\_\_\_\_\_

※請單位承辦人員造冊

| NO | 就讀班級 | 學生姓名 | 身份證字號 | 出生年月日 | 家長姓名 | 稱謂 | 家長連絡電話 |
|----|------|------|-------|-------|------|----|--------|
| 01 |      |      |       |       |      |    |        |
| 02 |      |      |       |       |      |    |        |
| 03 |      |      |       |       |      |    |        |
| 04 |      |      |       |       |      |    |        |
| 05 |      |      |       |       |      |    |        |
| 06 |      |      |       |       |      |    |        |

承辦單位 (請蓋章)：

承辦人員 (請蓋章)：

聯絡電話：

傳真：

e-mail：

## 財團法人台北市雨揚慈善基金會

## 學生護眼計畫補助金申請表—個人申請書(每位同學各自填寫 1 張)

申請資格：

以持有低收、中低收入戶資格或里長清寒證明書並有實際配鏡需求(從未配戴眼鏡但有視力問題或是原有眼鏡已經破損或遺失)之學子提出補助申請。

|                           |       |
|---------------------------|-------|
| 學校名稱：                     |       |
| 年級及班別：                    |       |
| 學生姓名：                     |       |
| 身分證字號：                    |       |
| 出生日期：民國_____年_____月_____日 |       |
| 家長姓名：                     | 連絡電話： |
| 家長電子信箱(必填，用以傳送正式預約單)：     |       |
| 家長職業：                     |       |
| 住家地址：                     |       |

學生自述家境說明(請至少填寫 50 個字，以利審核)：

單位意見或審核說明(請級任導師或了解學童家庭狀況之老師協助填寫)：

任教老師姓名及電話：\_\_\_\_\_。

單位名稱：\_\_\_\_\_

承辦人：\_\_\_\_\_

連絡電話：\_\_\_\_\_

申請日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

## 財團法人台北市雨揚慈善基金會

## 學生護眼計畫補助金申請表—大學眼鏡門市預期預約單

#當天請學生攜帶務必攜帶健保卡並出示正式預約單，以便讓門市確認預約身分。

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1. 學生姓名：                             |  |
| 2. 學生身份證字號：                          |  |
| 3. 學生出生(民國 年/月/日)：                   |  |
| 4. 家長姓名：                             |  |
| 5. 家長稱謂(與學生之關係)：                     |  |
| 6. 家長連絡電話：                           |  |
| 7. 欲前往之大學眼鏡門市<br>(請填寫下列合作*大學眼鏡門市名稱)： |  |
| 8. 欲前往之日期/時間(幾點)：                    |  |

\*專案合作之大學眼鏡指定門市如下：

## 1. 大學眼鏡 北市站前門市

地址：100 台北市中正區館前路 8 號 3 樓／電話：02-2331-5711

(站前大學眼科網路掛號：<https://www.eyedoctor.com.tw/TPEStation/>)

## 2. 大學眼鏡 北市忠孝門市

地址：106 台北市大安區忠孝東路 4 段 178 號／電話：02-8979-1531

(忠孝大學眼科網路掛號：<https://www.eyedoctor.com.tw/js/aboutUs.aspx>)

## 3. 大學眼鏡 北市內湖門市

地址：114 台北市內湖區文德路 100 號／電話：02-2793-6311

(內湖大學眼科網路掛號：<https://www.eyedoctor.com.tw/Neihu/aboutUs.aspx>)

## 4. 大學眼鏡 北市士林門市

地址：111 台北市士林區文林路 494 號／電話：02-2831-6925

(士林大學眼科網路掛號連結：<https://www.eyedoctor.com.tw/shilin/>)

## 5. 大學眼鏡 北市新南門市

地址：106 台北市大安區新生南路三段 54 之 3 號／電話：02-2368-8055

(新南大學眼科網路掛號連結：<https://www.eyedoctor.com.tw/Xinnan/>)

# 財團法人台北市雨揚慈善基金會

## 蒐集、處理及利用個人資料告知暨同意書

- 一、財團法人台北市雨揚慈善基金會（以下簡稱本會）秉持教育優先、關懷弱勢、回饋社會的設立宗旨，為了鼓勵清寒學子專心向學、奮發進取，幫助他們順利完成學業，特別設立財團法人台北市雨揚慈善基金會：弱勢學子補助金（以下簡稱本補助金）。
- 二、凡申請本補助金者，需提供個人姓名、地址、電話、銀行帳號或銀行匯款資料等，或得以直接或間接識別個人家庭環境、成員的相關資訊，本資訊將僅限於本基金會於營運期間，做為本補助金之申請審查、發放之用，及個案分享、公開徵信之用途使用。
- 三、本公司保有您的個人資料時，除基於符合《個人資料保護法》與其他相關法律規定外，您可透過書面聲明行使下列權利：
  - （一）查詢或請求閱覽個人資料。
  - （二）請求製給個人資料複製本。
  - （三）請求補充或更正個人資料。
  - （四）請求停止蒐集、處理或利用個人資料。
  - （五）請求刪除個人資料。
- 四、台端得自由選擇是否提供相關個人資料。惟若拒絕提供相關個人資料，本基金會將無法進行必要之審核及處理作業，致影響台端的相關權益。
- 五、經 台端閱讀上開事項，已清楚瞭解本基金會蒐集、處理或利用台端個人資料之目的及用途，特立本同意書，同意本會於上開特定目的必要範圍內蒐集、處理及利用台端個人資料。若台端為未成年人，則另需取得法定代理人之同意。

受告知人：\_\_\_\_\_（簽名或蓋章）

法定代理人：\_\_\_\_\_（簽名或蓋章）

日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

# 財團法人台北市雨揚慈善基金會

學生護眼計畫補助金申請表—簽收領據單

## 領款收據

受助者：\_\_\_\_\_，茲收到 財團法人台北市雨揚慈善基金會—「護眼計畫補助金」，共計新台幣—\_\_\_\_\_元整，確實無誤。

此致

財團法人台北市雨揚慈善基金會

台照

姓名(簽章)：

電話：

地址：

身分證字號：

中 華 民 國          年          月          日



## STEP 1：

經由機構單位送申請案件至基金會，轉護眼審核小組進行審核，通過審查後，本會人員將致電與個案家長確認預約前往的門市、日期及時間，並發信給指定門市告知個案預約資訊。(請務必確認好預約時間並前往門市**(切勿遲到!!!)**(請個案一定要先到眼鏡門市報到，不要先跑到眼科)，若須更改請電聯基金會更改時間，可更改 1 次。

## STEP 2：

電訪約定日期後，會請家長協助上網，先行網路掛號預約大學眼科看診時段(至少需提前 1 日完成掛號)，或是提前先前往門市留下初診病歷資料及預約的時間，以利後續看診掛號流程。

## STEP 3：

請個案務必由家長陪同前往，需攜帶物品：

1. 學生健保卡、家長身分證件(以確認身份)、正式預約單(會發 mail 給家長，務必留下正確電子信箱，並於預約日至少 1 天前回覆確認已收到)，若未帶預約單則須另外更改預約時間再行前往(只接受至多更改 1 次)。
2. 掛號費 50 元(若個案為初診，優待僅需支付健保部份負擔 50 元，之後看診掛號費恢復為 200 元，並需主動告知是雨揚慈善基金會配合的護眼計畫，方可享有補助優待價)及配鏡費用 1,500 元(公益專案價格整副配到好)。
3. 個案須先行支付配鏡款項，並在取得門市開立的正本發票後，寄到【106070 台北市大安區忠孝東路四段 60 號 12 樓之 1 雨揚慈善基金會 護眼小組收\_請註明個案姓名】，基金會收到後將依照發票金額實際補助，並匯至個案帳戶。
4. 補助方案中(視力矯正)，已包含矯正大部分可能狀況(近、遠視/高度數/高散光)，其它額外要求功能：如濾藍光、變色、或是鏡框更換或升級(原來的框已是適合學童的安全鏡框)，大部分不屬於必要項目，則需家長自費。如有特殊鏡片需求 (超出 1,500 元之補助範圍內)，請門市先知會基金會取得共識，後可後續配鏡作業！
5. 請家長協助拍攝個案在門市配鏡的側拍照片或日常配鏡讀書等照片，發電子郵件寄到基金會以利後續呈報主管機關核銷(rs\_welfare@yohofate.com)。

#以上若有疑問，請洽專線：02-2711-4888(辦公時間：周一至周五 10:00-17:00)！

護眼計畫

# 點亮弱勢學子新視野

寶貝的眼睛 我們來守護

收件截止日 **2024/10/31**

## 申請資格

1. 鏡片損壞
  2. 度數增加
- 有配戴眼鏡需求  
家境經濟弱勢之學子

## 申請流程

由學校或社福機構統一造冊  
向本會提出申請，並附「護眼計畫」相關所需完整文件(詳情請見本會官網)

## 申請專線

**02-2711-4888** (周一至周五10:00-17:00)

有需求之學子請電洽「財團法人台北市雨揚慈善基金會」  
諮詢相關資訊或上基金會官網查詢<https://www.rswf.org>



### 大學眼鏡服務據點

北市站前門市 地址：100臺北市中正區館前路8號3樓／電話：02-2331-5711

網路掛號



北市忠孝門市 地址：106臺北市大安區忠孝東路4段178號／電話：02-8979-1531

網路掛號



北市內湖門市 地址：114臺北市內湖區文德路100號／電話：02-2793-6311

網路掛號



北市士林門市 地址：111臺北市士林區文林路494號／電話：02-2831-6925

網路掛號



北市新南門市 地址：106臺北市大安區新生南路三段54之3號／電話：02-2368-8055

網路掛號



指導單位：臺北市府社會局  
Department of Social Welfare, Taipei City Government



主辦單位：財團法人台北市雨揚慈善基金會  
Rain Spring Charitable Foundation



協辦單位：大學眼科、大學眼鏡、大學醫療保健教育基金會、大學光學科技(股)公司