

## 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

## 申請資格說明及所需文件

備妥文件請打勾	所需文件
<input type="checkbox"/>	1. 中、低收入戶證明或家境清寒證明。
<input type="checkbox"/>	2. 欲申請護眼計畫之學生個別自述說明(附件 1)。
<input type="checkbox"/>	3. 眼科醫療院所視力檢測相關診斷書。
<input type="checkbox"/>	4. 眼鏡公司配戴眼鏡之費用發票正本或收據正本。 (如需基金會轉介至大學眼科請依照指定門市，請填附件 2)。
<input type="checkbox"/>	5. 戶籍謄本影本。(以茲年齡證明，身份為就學學子或匯款帳戶之代理人為直屬親屬身分)
<input type="checkbox"/>	6. 如有機構單位(社工)、學校老師代為申請，需附機構單位(社工)、老師之統一造冊+核章。(如經由社福單位或學校申請，需上本會官網下載並填寫『護眼計畫申請表及清冊』)(附件 3)。
<input type="checkbox"/>	7. 補助金之匯款帳戶(存摺正面)。
<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分享及公開徵信)。(附件 4)。
<input type="checkbox"/>	9. 審核核發補助金後申請人需填寫本會領據單及提供案主配戴眼鏡前、後生活及學習照片，以便往後主管機關審核備查之需(附件 5)。

## 財團法人台北市兩揚慈善基金會

## 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：

家境清寒或非家境清寒，但由於家庭遭遇變故，需要協助的孩童得提出申請。

學校名稱：
年級及班別：
學生姓名：
我是： <input type="checkbox"/> 男生 <input type="checkbox"/> 女生
出生日期： 年 月 日
身分證字號：
身分類別： <input type="checkbox"/> 一般生 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 低收入戶家庭
家長姓名： 連絡電話：
家長職業：
住家地址：

家境說明：

單位意見說明：(單位代申請需填寫)

單位名稱：

承辦人：

連絡電話：

申請日期： 年 月 日

(※以下欄位由財團法人台北市兩揚慈善基金會簽核專用)

董事長	執行長	會計	承辦人員	複審獎助金額

## 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—大學眼科轉介預約單

#當天請學生攜帶務必攜帶身分證件及健保卡，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 (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)：	

\*大學眼鏡門市如下：

1. 大學眼鏡 北市站前門市 台北市中正區館前路 8 號 3 樓  
電話:02-2331-5711
2. 大學眼鏡 北市忠孝門市 台北市大安區忠孝東路 4 段 178 號  
電話:02-8979-1531
3. 大學眼鏡 北市內湖門市 台北市內湖區成功路四段 139 號  
電話:02-2793-6311
4. 大學眼鏡 北市新南門市 台北市大安區新生南路三段 54 之 3 號  
電話:02-2368-8055
5. 大學眼鏡 北市士林門市 台北市士林區文林路 494 號  
電話:02-2831-6926

## 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—申請學生名冊表(每校(機構單位)彙整成一份)

學校(機構單位)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(關係)	連絡電話	申請金額
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

承辦單位：

承辦人員：

連絡電話：

傳真：

e-mail：

# 財團法人台北市兩揚慈善基金會

## 蒐集、處理及利用個人資料告知暨同意書

- 一、財團法人台北市兩揚慈善基金會（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兩揚慈善基金會：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 (審核通過之獲贊同學填寫)

## 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