

# 泓陞慈善基金—108 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 109 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描述概況。
  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. 108 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(若無免附件)。
  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。
- 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](mailto:srvheart@seed.net.tw)
- 十一、其他：本會另代辦泓陞慈善基金之 109 年兒童罕見疾病急難救助金、108 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

108 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	109 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		性別		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?		
		行動：					出生年月日	照片是否公開?		
	聯絡地址	□□□□□□				聯絡電話	日：			
	E - M A I L					聯絡地址	行動：			
	老師姓名	(一定要填寫)				聯絡地址	□□□□□□			
老師聯絡電話					E - M A I L					
108 學年度	學業				操行					
總成績	低收入戶	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	※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"/> 108 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：109 年 月 日					發予日：109 年 月 日			收據號：		
備註：										
1. 收件日期即日起至 109 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。										

# 均達慈善基金-108 學年度身心障礙者獎助學金 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 國世基金會字第 0960000054 號函辦理之。
- 四、前言：由善心人林女士捐贈，設置『均達慈善基金』。經指定委請本會甄審台北市國中、高中(職)成績優良或有特殊專長的身心障礙學生(腦性麻痺同學除外)各五名，每名壹萬元，以鼓舞同學勤學向上精神，順利完成學業克服障礙，回饋服務社會。
- 五、申請時間：即日起至 109 年 9 月 25 日止受理申請並以網路公告及發文至台北市教育局函轉各校。
- 六、申請資格：
  1. 就讀台北市之國中、高中(職)身心障礙學生(腦性麻痺同學除外)
  2. 學業成績 70 分以上
  3. 操行成績甲等以上，若無等第者以日常生活表現描述概況
  4. 低收入戶(經政府核為低收入者)、家境清寒或具有特殊專長者(須有證明者)優先
- 七、申請辦法：凡符合申請資格者，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、反面影本
  3. 108 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. 低收入戶證明(若無免附件)。
  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。
- 十、備註：
  1. 申請資料恕不退件，若未備齊者，恕不另行通知及受理。
  2. 申請資料請寄台北市 10873 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：王小姐
  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「秉勳慈幼基金」，自 96 年 6 月起依捐贈人所示更為「均達慈善基金」。
  4. 若有任何疑問歡迎來電詢問或來信或寄 E-mail: [srvheart@seed.net.tw](mailto:srvheart@seed.net.tw)
- 十一、其他：本會另代辦泓陞慈善基金會之 108 學年度腦性麻痺獎助學金及 109 年兒童罕見疾病急難救助金，若有需要者可洽本會蔡小姐。

※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

均達慈善基金申請表

編號	申請日 109年 月 日			組別	<input type="checkbox"/> 國中組 <input type="checkbox"/> 高中組		
填寫人資料	姓名	性別		校名			
	與學生關係			科系	年級		
	聯絡電話	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	
		日:			出生年月日	照片是否公開 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	聯絡地址	□□□□□		障別			
	E-MAIL			聯絡電話	日: 行動:		
	老師姓名			聯絡地址	□□□□□		
老師聯絡電話	日:			E-MAIL			
	日:						

108學年度總成績	學業	低收入戶	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	操行	
-----------	----	------	---	----	--

※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：學生證影本 身心障礙手冊(身心障礙證明)正、反面影本 108學年度成績證明單正本  
低收入戶證明(若無免附件) 特殊專長證明(若無免附件)

※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：109年 月 日 發予日：109年 月 日 收據號：

備註：  
 1. 收件日期即日起至109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：執行秘書王素娟小姐  
 2. 申請資料恕不退件，若未備齊者，恕不通知及受理。

# 泓陞慈善基金

## 109 年兒童罕見疾病家庭急難救助金申請簡章

- 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兒童罕見疾病家庭急難救助金，濟助台北市、新北市之兒童罕見疾病家庭每年各五名，共十名，每名壹萬元整，協助確切需要幫助的家庭，以達「救急不救窮」、「幼吾幼以及人之幼」之精神。
- 五、申請日期：即日起至 109 年 9 月 25 日止受理申請並以網路公告及發文至教育局、社會局函轉各所屬之學校及社福相關團體告知。
- 六、申請資格：凡台北市、新北市之國小(以下)兒童罕見疾病家庭。
  - 1、兒童本身需為患有罕見疾病(請至衛生福利部國民健康署網頁下載:公告罕見疾病名單暨 ICD-10-CM 編碼一覽表 2020 年 7 月 31 日更新)  
[https://www.hpa.gov.tw/Pages/ashx/File.ashx?FilePath=~/File/Attach/1065/File\\_15018.odt](https://www.hpa.gov.tw/Pages/ashx/File.ashx?FilePath=~/File/Attach/1065/File_15018.odt)
  - 2、經政府核為低收入之家庭優先。
  - 3、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，讓急難救助金可以適時發揮。
  - 4、未領取過本案者為優先。
- 七、申請辦法：
  1. 填寫申請表乙份。
  2. 附註證明文件：
    - (1) 低收入戶證明影本
    - (2) 身心障礙手冊(身心障礙證明)正、反面影本  
\*倘無身心障礙手冊者，可於事後補寄，請案主向政府申請以禱政府了解身心障礙人口數，並享應有之福利。
    - (3) 全戶戶口謄本乙份
    - (4) 罕見疾病證明文件
    - (5) 急難救助事實證明文件一份
- 八、審核方法：推薦人填寫罕見疾病家庭急難救助申請書並備急難證明文件，提供本會審核後，再轉予國泰世華銀行文化慈善基金會定案。
  1. 本案審查後將正本給予國泰世華銀行文化慈善基金會建檔。
  2. 發放時間：待國泰世華銀行文化慈善基金會審查定案後，本會再行通知通過補助之受助人。
- 九、備註：
  1. 申請資料恕不退件，若未備齊者，恕不另行通知及受理。
  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. 若有任何疑問歡迎來電詢問或來信或寄 E-mail: [srvheart@seed.net.tw](mailto:srvheart@seed.net.tw)
- 十、其他：本會另代辦泓陞慈善基金之 108 學年度腦性麻痺獎助學金、108 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。

※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

泓陞慈善基金申請表  
 (109年兒童罕見疾病家庭急難救助金)

編號	本欄勿填		申請日	109年	月	日	校名		
填寫人資料 (請完整填寫)	姓名			性別			姓名	性別	
	與學生關係						身份證字號	姓名是否公開? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	聯絡電話 【一定要留哦】	日:			學生資料 (請完整填寫)	出生年月日		照片是否公開? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		夜:				家長姓名			
		行動:				聯絡電話		夜: 日: 行動:	
	聯絡地址			聯絡地址					
	E-MAIL			E-MAIL					
	老師姓名								
老師聯絡電話									

家庭收入情形	每月	元	罕見疾病名稱	
--------	----	---	--------	--

曾否接受其它性質救助金：有，單位：\_\_\_\_\_ 金額：\_\_\_\_\_ 元 無

兒童情況簡述：(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：低收入證明文件 身心障礙手冊(身心障礙證明)正、反面影本 戶籍謄本  
急難救助文件(簡述急難情況，並請老師證明之) 兒童罕見疾病證明文件  
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：109年 月 日 發予日：109年 月 日 收據號：

備註：  
 1. 收件日期即日起至109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。