

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

申請護眼計畫 應備文件說明

檢核備妥 請打勾	所需文件及說明
<input type="checkbox"/>	1. 單位機構送件清冊：需由機構單位(如：社福團體、兒福團體、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、單位辦公章等)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「單位意見一欄」。(附件二)。
<input type="checkbox"/>	3. 戶口名簿影本(以茲年齡證明、個案及家長親屬關係證明)。
<input type="checkbox"/>	4. (中)低收入戶證明或清寒證明(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(匯款銀行、分行及匯款帳號需可清楚辨別)。
<input type="checkbox"/>	6. 學校視力檢查表(健康檢查表影本可)或是個案至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)。(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)，申請人需於送件時一併簽回申請。(附件四)。
<input type="checkbox"/>	9. 申請人需於送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。 *敬請 EMAIL 至雨揚慈善基金會郵箱(rs_welfare@yohofate.com)，謝謝您的配合！

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(個案自行敘述)：

單位意見(請承辦人需填寫)：

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	會計人員	會辦人員	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 (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 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:02-2831-6925

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 (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