



中華民國腦性麻痺協會獎學金申請

為鼓勵腦性麻痺優秀的莘莘學子們，能夠克服身體的障礙，勤奮向上，特設會員專屬獎學金，歡迎踴躍申請！



一、目的

為鼓勵腦性麻痺之優秀學生，順利完成學業，特設「中華民國腦性麻痺協會獎學金」。

二、申請資格

自申請日前已連續二年繳交會費之會員或會員子女為腦性麻痺患者，且就讀大專校院、高中、職具有國內公立或已立案之私立學校學籍之學生，並符合下列條件之一者，予以獎助。

三、獎助條件

- (一)高中、職二、三年級學生及應屆畢業生其前一學年成績總平均 70 分以上，操行平均 70 分以上(或相對等級)，且無小過以上處分。
- (二)大專校院二至四年級學生及應屆畢業生其前一學年成績總平均 70 分以上，操行平均 70 分以上(或相對等級)，且無小過以上處分。

四、獎勵名額暨金額

- ◎大專校院獎學金每年 20 名，每名 5,000 元。
- ◎高中、職獎學金每年 20 名、每名 3,000 元。

五、申請辦法

- ◎請於 103 年 9 月 20 日起至 103 年 10 月 20 日止將相關資料郵寄申請文件至本會(註明申請獎學金)或逕至本會辦理(申請資料恕不退還)。

(尚有第二頁，應檢附資料)

◎申請應備下列文件：



1. 申請書。
2. 前一學年成績單正本。
3. 身心障礙手冊影本(正反面)。
4. 學生證影本(正反面，須有當學期註冊章)。
5. 學生身份證影本(正反面)或戶口名簿影本。
6. 郵局存摺封面影本(戶名必須為申請學生本人)。
7. 腦性麻痺相關證明(重大傷病卡或診斷證明)。
8. 其他(ex:低收入戶證明，如無則免附)。
9. 個人資料使用聲明同意書。

六、審查

◎本獎學金之核發需經本會「評審委員會」會議核定，相關訊息將公告於本會網站，並擇日發放。

◎本會保留變更或施行與否的權利，詳細情形以本會網站公告為準。獎學金事項申請通過與否，將由審核委員依各位申請者檢附之資料進行審核。

七、其他

◎獲得獎學金者需出席頒獎，如無故未到視同放棄資格，頒獎時間另行公告。

◎申請人須同意將獎學金頒獎活動期間所進行之拍攝、攝影等所有肖像權歸屬於本會，本會得無償於非營利範圍使用。

中華民國腦性麻痺協會

地址：11162 台北市士林區中正路 420 號 2 樓

聯絡人：薛文琳

電話：02-2831-7222 分機 212

編號：



(此欄由本會工作人員填寫)

中華民國腦性麻痺協會獎學金申請表

會員姓名：_____

填表日期： 年 月 日

學生姓名	性別	照 片
與會員關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父子 <input type="checkbox"/> 父女 <input type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> 母女	
學生身份證字號		
組別	<input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大專院校(含四技二專)	
就讀學校	校名：_____	縣市
	_____系、科 年 班	學號
聯絡電話	行動電話	
地址	□□□	
E-mail		
郵局局號帳號	局號： 帳號：	(戶名必須為申請學生本人)
檢附證明	<input type="checkbox"/> 前一學年成績單正本 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本(正反面) <input type="checkbox"/> 學生證影本(正反面，須有當學期註冊章) <input type="checkbox"/> 學生身份證影本(正反面)或戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 郵局存摺封面影本(戶名必須為申請學生本人) <input type="checkbox"/> 腦性麻痺相關證明(重大傷病卡或診斷證明)。 <input type="checkbox"/> 其他(ex:低收入戶證明，如無則免附)	

申請資格

- 一、自申請日前已連續二年繳交會費之會員或會員子女為腦性麻痺患者，且就讀大專校院、高中、職具有國內公立或已立案之私立學校學籍之學生，並符合下列條件之一者，且在法定修業年限內予以獎助。
- 二、高中、職二、三年級學生及應屆畢業生其前一之學年成績總平均 70 分以上(或相對等級)，操行平均 70 分以上，且無小過以上處分。
- 三、大專校院二至四年級學生及應屆畢業生其前一之學年成績總平均 70 分以上(或相對等級)，操行平均 70 分以上，且無小過以上處分。

_____ (請簽名)同意本人或家人將獎學金頒獎活動期間所進行之拍攝、攝影等所有肖像權歸屬於本會，本會得無償於非營利範圍使用。

請將申請表連同檢附資料一同寄出

郵寄地址：中華民國腦性麻痺協會 11162 台北市士林區中正路 420 號 2 樓

聯絡人：薛文琳 聯絡電話：02-2831-7222 分機：212



個人資料使用聲明同意書

會員您好，中華民國腦性麻痺協會(以下稱本會)非常重視您的個人資料保護，因此我們制訂了個人資料保護聲明，我們於運用您的個人資料均遵守中華民國「個人資料保護法」相關要求，請您閱讀本聲明，以瞭解您的相關權益：

- 1.當您提供您的個人資料(含姓名、身分證字號、電話及住址等資料，下稱個人資料)時，您的個人資料會被我們蒐集並受到安全的保護，我們會將您所提供資料於本會作為客戶管理、統計調查與分析、資訊與資料庫管理之執行、處理及利用等用途。
- 2.您同意本會以您所提供的個人資料與您進行聯絡及提供您本會辦理之活動訊息、服務及其相關事項聯繫。
- 3.您依據個人資料保護法第3條規定，就本會所蒐集、處理及利用之個人資料，享有查詢或請求閱覽、請求製給複製本、請求補充或更正、請求停止蒐集、處理或利用、請求刪除之權利。若您欲行使前開權利，請來電 02-2831-7222，我們於接獲通知後會儘速與您聯絡處理。
- 4.您瞭解本聲明書符合個人資料保護法及相關法規之要求，具有書面同意本會得依本聲明內容蒐集、處理及利用您的個人資料之效果；您所提供的資料，本會將嚴格的管理及保護。
- 5.您同意參加本會於活動或是研習期間所進行之拍攝、攝影等所有肖像權歸屬於本會，本會得於不侵犯個人權利及非營利範圍內，無償使用。

個人資料使用同意簽名：_____

