

財團法人台北市兩揚慈善基金會 **114-1** 學期弱勢學子獎助學金 **學校** 申請表

【附件 1】

請勾選學生別：☐A 大學/大專 ☐B 高中/高職

學生姓名		性別	☐ 男 ☐ 女	出生年月日	民國	年	月	日
戶籍地址				身分證字號				
連絡地址				連絡電話				
				手機號碼				
E-MAIL								
就讀學校	國立臺北護理健康大學	年級 班級		學號		導師姓名		

家庭狀況組成(空白者不予評估)	稱謂	姓名	年齡	任職機關 (就讀學校)	職務 (年級)	存歿
	父					
	母					

◎以下為必要檢附之文件【請寄出前自行檢查並勾選】

☐ 1、申請表（附件 1）

☐ 2、戶口名簿或三個月內戶籍謄本全戶成員影本（記事請勿省略）

☐ 3、學生證正/反面影本或在學證明正本（學生證影本請貼於附件 2）

☐ 4、上一個學期成績單正本或蓋學校章戳之成績單影印本〈各項成績在 80/75 分以上，操行 80 分或甲等者。〉

☐ 5、「500 字內家境概述」欄位，以供審查人員審核參考（附件 3）

☐ 6、低收、中低收入戶或清寒證明乙份，或由校方提供清寒證明乙份（低收入戶卡請貼於附件 2）

☐ 7、蒐集、處理及利用個人資料告知暨同意書（附件 4）

☐ 8、**學生名冊表(請校方協助置於最上層)(由校方統一造冊 1 張)及學校匯款資料表(附件 5)**

【1~7 請學生依順序排列後以迴紋針固定於左上角，未備齊者將視以無效件處理，不再通知補件及退件】

◎ 申請表及檢附之文件恕不退還，本基金會將尊重個人機密，予以嚴格保密。

◎ 地址：106070 台北市大安區忠孝東路 4 段 60 號 12 樓之 1（以掛號郵寄，信封請註明『兩揚助學金小組收』）

◎ 聯絡電話：02-2711-4888 洽助學金小組。

◎ 申請截止日：以當學期公告之截止日期為準（以郵戳為憑）。

申請學生簽名：_____年____月____日

財團法人台北市兩揚慈善基金會 **114-1** 學期弱勢學子獎助學金 **學校用**

【附件 2】

證件黏貼表

姓名		就讀學校	
學生證影本(正面)		學生證影本(背面)	
(黏貼處) 以<u>在學證明者</u>，請迴紋針固定於文件<u>右上角</u>		(黏貼處) 以<u>在學證明者</u>，請迴紋針固定於文件<u>右上角</u>	
台北市低收入戶卡(正面)		台北市低收入戶卡(背面)	
(黏貼處) <u>非台北市者</u>，請用迴紋針固定於文件<u>右上角</u>		(黏貼處) <u>非台北市者</u>，請用迴紋針固定於文件<u>右上角</u>	
1. 非台北市者，請將<u>(中)低收入戶證明</u>或<u>清寒證明</u>依文件順序排列後，以迴紋針固定於<u>右上角</u>。 2. 以上資料未備齊者本會將取消其申請資格。			

財團法人台北市雨揚慈善基金會 **114-1** 學期弱勢學子獎助學金 學校用

【附件 3】

500 字內家境自述：

學生班導或指導老師審核概述：

老師簽名：_____

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，特設立財團法人台北市雨揚慈善基金會弱勢學子獎助學金（以下簡稱本助學金）。
- 二、凡申請本助學金者，需提供個人姓名、地址、電話等資料，或得以直接或間接識別個人家庭環境、成員的相關資訊，本資訊將僅限於本會營運期間，在臺灣地區做為弱勢學子獎助學金申請審查及發放之用途使用。
- 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：_____年_____月_____日