

# 均達慈善基金-110 學年度身心障礙者獎助學金 申請簡章

- 一、代辦單位：財團法人國泰世華銀行文教基金會
- 二、承辦單位：社團法人台北市身心障礙服務推展協會
- 三、依據：本案依據 111.6.2 國世基金會字第 1110000042 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 111 年 11 月 30 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. 低、中低收入戶(需經政府審核者)、具有特殊專長者(需有證明者)優先
  3. 學業成績 70 分以上
  4. 操行成績甲等以上，若無等第者以日常生活表現描述概況
- 七、申請辦法：凡符合申請資格者，由其家長或學校教師提出申請表，並備齊下列文件申請。
  1. 學生證正、反面影本
  2. 身心障礙手冊(身心障礙證明)正、反面影本
  3. 110 學年度成績證明文件正本(若為影印本需加蓋學校校章)，僅提供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(可附上獎狀或由學校老師代擬寫推薦函皆可)
  6. 受理紙本或 E-mail 皆可，E-MAIL 申請請自行掃描檔案傳送。
- 八、審核方法：由本會組成審查小組共同審核後，再送財團法人國泰世華銀行文教基金會決審。
- 九、發放時間：待財團法人國泰世華銀行文教基金會審查定案後，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. 紙本申請資料請寄 108056 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 王小姐 收。
  3. E-MAIL 申請，主旨請填寫「學生姓名申請均達獎助學金」  
本會 e-mail：[srvheart@seed.net.tw](mailto:srvheart@seed.net.tw)
  4. 若有任何疑問，歡迎 E-mail 或來電洽詢(02)2305-5423 執行秘書：王小姐
- 十一、其他：本會另代辦泓陞慈善基金會之 110 學年度腦性麻痺獎助學金及 111 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>



財團法人國泰世華銀行文教基金會 代辦  
 社團法人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 111 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？<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |  |
|   |               | 行動：  |                 |      | 出生年月日   | 照片是否公開<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  |  |
|   | 聯絡地址          | □□□□□  |                 | 障 別  |   |  |  |
|   | E-MAIL        |  |                 | 聯絡電話 | 日：<br>行動：   |  |  |
|   | 老師姓名          |  |                 | 聯絡地址 | □□□□□   |  |  |
|   | 老師聯絡電話        | 日：   |                 |      | E-MAIL  |  |  |
|   | 行動：           |  |                 |      |   |  |  |
| 110 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： <input type="checkbox"/> 學生證 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊(身心障礙證明) <input type="checkbox"/> 低收入戶證明(若無免附件)<br><input type="checkbox"/> 110 學年度成績證明單 <input type="checkbox"/> 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：   |               |  |                 |      |   |  |  |
| 社團法人台北市身心障礙服務推展協會   |               |  | 財團法人國泰世華銀行文教基金會 |      |   |  |  |
| 通過  |               | 不通過  |                 | 通過   |   | 不通過  |  |
| 核准日：111 年 月 日   |               |  | 發予日：111 年 月 日   |      |   | 收據號：   |  |
| 備註：   |               |  |                 |      |   |  |  |
| 1. 即日起至 111 年 11 月 30 日止受理申請，相關資料彙整後郵寄紙本或 E-mail 至本會。<br>地址：108056 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<br>E-MAIL： <a href="mailto:srvheart@seed.net.tw">srvheart@seed.net.tw</a> 主旨請填寫「學生姓名申請均達獎助學金」<br>本會聯絡電話：(02)2305-5423 聯絡人：執行秘書王小姐 |               |  |                 |      |   |  |  |
| 2. 紙本申請資料恕不退件，若未備齊者，恕不通知及受理。  |               |  |                 |      |   |  |  |

# 泓陞慈善基金—110 學年度腦性麻痺獎助學金申請簡章

- 一、代辦單位：財團法人國泰世華銀行文教基金會
- 二、承辦單位：社團法人台北市身心障礙服務推展協會
- 三、依據：本案依據 111.6.2 國世基金會字第 1110000045 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」經指定委請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 111 年 11 月 30 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. 經政府核為低收入戶家庭、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。
  3. 學業成績 70 分以上
  4. 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。
- 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，郵寄紙本或 E-mail (線上可下載申請表，相關附件掃描或拍照成電子檔，並於主旨註明「學生姓名申請泓陞獎助學金」) 至本會。
  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. 110 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，再送財團法人國泰世華銀行文教基金會決審。
- 九、發放時間：待財團法人國泰世華銀行文教基金會審查定案後，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，紙本請寄 108056 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或將電子檔 E-mail: [srvheart@seed.net.tw](mailto:srvheart@seed.net.tw)。
  3. 若有任何疑問歡迎 E-mail 或來電洽詢(02)2305-5423 執行秘書:蔡小姐
- 十一、其他：本會另代辦泓陞慈善基金之 111 年兒童罕見疾病急難救助金、110 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>



|                    |                 |        |             |        |  |   |    |
|--------------------|-----------------|--------|-------------|--------|--|---|----|
| 編號                 | 本欄勿填            | 申請日    | 111 年 月 日   | 組 別    | <input type="checkbox"/> 國中組 <input type="checkbox"/> 高中(職)組     |   |    |
| 申請人資料<br>(資料請完整填寫) | 姓名              |        |             | 性別     |  |   |    |
|                    | 與學生關係           |        |             | 校 名    |  |   |    |
|                    | 聯絡電話<br>【一定要留哦】 | 日：     |             |        | 科 系  | 科 | 年級 |
|                    |                 | 夜：     |             |        | 姓 名  |   |    |
|                    |                 | 行動：    |             |        | 性別   |   |    |
|                    | 聯絡地址            | □□□□□□ |             | 身份證字號  | 姓名是否公開?<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |   |    |
|                    |                 |        |             | 出生年月日  | 照片是否公開?<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |   |    |
|                    | E - M A I L     |        |             | 聯絡電話   | 日：<br>行動：  |   |    |
| 老師姓名               |                 |        | 聯絡地址        | □□□□□□ |  |   |    |
| 老師聯絡電話             |                 |        | E - M A I L |        |  |   |    |

學生資料  
(資料請完整填寫)

|         |      |   |    |
|---------|------|---|----|
| 110 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：學生證影本 身心障礙手冊(身心障礙證明)正、反面影本 110 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) 其他：

※以下由審查機關填寫，申請人勿填：

|                   |     |                 |     |
|-------------------|-----|-----------------|-----|
| 社團法人台北市身心障礙服務推展協會 |     | 財團法人國泰世華銀行文教基金會 |     |
| 通過                | 不通過 | 通過              | 不通過 |
|                   |     |                 |     |

核准日：111 年 月 日 發予日：111 年 月 日 收據號：

備註：  
 1. 收件日期：即日起至 111 年 11 月 30 日止受理申請，相關資料彙整後可 mail 至本會。  
 E-mail: srveheart@seed.net.tw，主旨註明「學生姓名申請泓陞獎助學金」或紙本郵寄至  
 本會地址：108056 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：執行秘書蔡小姐  
 2. 申請資料恕不退件，若未備齊者，恕不另行通知及受理。

# 泓陞慈善基金

## 111 年兒童罕見疾病家庭急難救助金申請簡章

- 一、代辦單位：財團法人國泰世華銀行文教基金會
- 二、承辦單位：社團法人台北市身心障礙服務推展協會
- 三、依據：本案依據 111.6.2 國世基金會字第 1110000045 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」經指定委請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 111 年 11 月 30 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（早療）相關團體告知，另本會發文函請各醫院社工室公告。
- 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(依至衛生福利部國民健康署網頁公告為主)可自行下載罕見疾病名單暨 ICD-10-CM 編碼一覽表(2022 年 7 月 13 日更新)  
[https://www.hpa.gov.tw/Pages/ashx/File.ashx?FilePath=~/File/Attach/1065/File\\_19406.odt](https://www.hpa.gov.tw/Pages/ashx/File.ashx?FilePath=~/File/Attach/1065/File_19406.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：凡符合申請者，可由其學校教師或社工提出申請表，並備齊下列文件，郵寄紙本或 E-mail（線上可下載申請表，相關附件掃描或拍照成電子檔，並於主旨註明「個案姓名申請罕見疾病急難救助金」）至本會皆可。
  1. 家境清寒或低收入戶證明影本
  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裨政府了解身心障礙人口數，並享應有之福利。
  3. 全戶戶籍謄本乙份
  4. 罕見疾病證明文件(醫院診斷證明書)
  5. 急難救助事實證明文件一份(如：由老師或社工人員，詳述急難狀況資料)
- 八、審核方法：依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，再轉予財團法人國泰世華銀行文教善基金會決審。
  1. 本案審查後，將提供正本或電子檔予財團法人國泰世華銀行文教基金會建檔。
  2. 發放時間：待財團法人國泰世華銀行文教基金會審查定案後，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，紙本請寄 108056 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或將電子檔 E-mail:srvheart@seed.net.tw。
  3. 若有任何疑問歡迎 E-mail 或來電洽詢(02)2305-5423 執行秘書:蔡小姐
- 十、其他：本會另代辦泓陞慈善基金之 110 學年度腦性麻痺獎助學金、110 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>



財團法人國泰世華銀行文教基金會 代辦  
 社團法人台北市身心障礙服務推展協會 承辦

泓陞慈善基金申請表  
 (111年兒童罕見疾病家庭急難救助金)

|                  |                 |     |     |      |        |                 |       |    |  |    |  |
|------------------|-----------------|-----|-----|------|--------|-----------------|-------|----|--|----|--|
| 編號               | 本欄勿填            |     | 申請日 | 111年 | 月      | 日               | 校名    |    |  |    |  |
| 填寫人資料<br>(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?<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |    |  |
|                  | 聯絡電話<br>【一定要留哦】 | 日:  |     |      |        | 學生資料<br>(請完整填寫) | 出生年月日 |    |  |    | 照片是否公開?<br><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
|                  |                 | 夜:  |     |      |        |                 | 家長姓名  |    |  |    |  |
|                  |                 | 行動: |     |      |        |                 | 聯絡電話  | 夜: |  |    |  |
|                  | 聯絡地址            |     |     |      | 日:     |                 |       |    | 行動:  |    |  |
|                  | E-MAIL          |     |     |      | 聯絡地址   |                 |       |    |  |    |  |
|                  | 老師姓名            |     |     |      | E-MAIL |                 |       |    |  |    |  |
| 老師聯絡電話           |                 |     |     |      |        |                 |       |    |  |    |  |

家庭收入情形 每月 元 罕見疾病名稱

是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：

|                   |     |                 |     |
|-------------------|-----|-----------------|-----|
| 社團法人台北市身心障礙服務推展協會 |     | 財團法人國泰世華銀行文教基金會 |     |
| 通過                | 不通過 | 通過              | 不通過 |
|                   |     |                 |     |

核准日：111年 月 日 發予日：111年 月 日 收據號：

備註：  
 1. 收件日期：即日起至111年11月30日止受理申請，相關資料彙整後可mail至本會。  
 E-mail: srvheart@seed.net.tw，主旨註明「個案姓名申請罕見疾病急難救助金」或紙本郵寄至本會地址：108056 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：執行秘書蔡小姐  
 2. 申請資料恕不退件，若未備齊者，恕不另行通知及受理。