

中華民國腦性麻痺協會獎學金申請辦法

中華民國 111 年 02 月修正

一、目的

為鼓勵腦性麻痺優秀之莘莘學子，能克服身體的障礙，勤奮向上，順利完成各階段的學業且表現優異，特設會員專屬之「中華民國腦性麻痺協會獎學金」。歡迎踴躍申請！

二、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，且就讀大專校院(不含博碩士生)、高中職，具有國內公私立或已立案學籍之腦性麻痺學生。
- (二)中華民國腦性麻痺協會團體會員(限各地區腦性麻痺協會)，並為該團體之會員或會員子女，且就讀大專校院(不含博碩士生)、高中職，具有國內公私立或已立案學籍之腦性麻痺學生。
- (三)特殊教育學生就讀大專校院，依本辦法申請獎學金者，就學期間以申領四次為限。特殊教育學生就讀高中職，依本辦法申請獎學金者，就學期間以申領三次為限。

三、獎助條件

- (一)高中職組：含應屆畢業生，其前一學年課業成績總平均 70 分以上，操行成績平均 70 分以上(或相對等級)，且無任何懲處紀錄者。
- (二)大專校院組：含應屆畢業生，其前一學年課業成績總平均 80 分以上，操行成績平均 70 分以上(或相對等級)，且無任何懲處紀錄者。

四、獎助名額及金額

- (一)本協會會員以及會員之子女：
 - 1. 高中職組：每年 20 名，每名 3,000 元。
 - 2. 大專校院組：每年 20 名，每名 5,000 元。
- (二)具有本協會團體會員資格之各地區腦性麻痺協會：
 - 1. 高中職組：各協會 3 名，每名 3,000 元。
 - 2. 大專校院組：各協會 3 名，每名 5,000 元。

五、申請辦法

- (一)請於每年 09 月 01 日起至 10 月 31 日止，將相關申請文件郵寄(封面註明

「獎學金申請」)或逕送至本會。申請資料恕不退還。

(二)申請應備下列文件：

1. 獎學金申請書(含個人資料使用聲明同意書)
2. 學生身分證影本（正反面）或戶口名簿影本
3. 學生證影本(正反面，須有當學期註冊章)
4. (已經畢業學生可憑前一學年度成績申請)
5. 前一學年成績單
6. 身心障礙證明(正反面)
7. 腦性麻痺相關證明(鑑輔會證明、重大傷病卡或診斷證明)
8. 郵局存摺封面影本（戶名須為學生本人）

六、審查

(一)獎學金由本會「獎學金評審委員會」開會審核，擇優錄取。獎學金評審委員自本會理監事中遴選，任期與理監事相同。

(二)團體會員獎學金之申請由各地區腦性麻痺協會自行審核後，檢具所有申請文件送交本會備核。

(三)審核通過之名單，經本會理監事會核定後公告並擇日公開授獎。

七、其他

(一)獲得獎學金的學員請如期出席頒獎典禮，無故未到者視同放棄資格。頒獎時間將另行公告。

(二)申請人須同意將頒獎活動期間進行之拍照、攝影、訪談等肖像權歸屬於本會無償使用於非營利範圍。

(三)獲獎學員請於領獎當日，準備感謝卡致贈獎學金捐助人及中華民國腦性麻痺協會。

(四)本辦法經理監事會訂定，修正時亦同。

中華民國腦性麻痺協會

地址：104612 臺北市中山區民生東路一段 42 號 5 樓之 5

聯絡人：特殊教育委員會

電話：(02)2892-6222 分機 208

中華民國腦性麻痺協會獎學金申請表

□本會會員，會員姓名：		□團體會員：_____ 地區協會		填表日期：112 年 月 日	
學生姓名		性別		照片 近期 2 吋照 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	個人會員： <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大專院校(<input type="checkbox"/> 四技二專)	各地區團體會員： <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大專院校(<input type="checkbox"/> 四技二專)			
學校	校名：_____				
	申請科系/年級 _____ 系(科) 年 班		現在就讀科系/年級 _____ 系(科) 年 班		
聯絡電話			行動電話		
地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
E-mail					
郵局局號帳號 (戶名須為學生本人)	局號： 帳號：				
檢附證明	<input type="checkbox"/> 學生身分證影本(正反面)或戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 學生證影本(正反面，須有當學期註冊章) (已經畢業學生可憑前一學年度成績申請) <input type="checkbox"/> 前一學年成績單 <input type="checkbox"/> 身心障礙證明(正反面) <input type="checkbox"/> 腦性麻痺相關證明(鑑輔會證明、重大傷病卡或診斷證明) <input type="checkbox"/> 郵局存摺封面影本(戶名須為學生本人)				
申請資格					
<p>(一) 自申請日前已連續二年繳交會費之會員或會員子女，且就讀大專校院(不含博碩士生)、高中職，具有國內公私立或已立案學籍之腦性麻痺學生。</p> <p>(二) 中華民國腦性麻痺協會團體會員(限各地區腦性麻痺協會)，並為該團體之會員或會員子女，且就讀大專校院(不含博碩士生)、高中職，具有國內公私立或已立案學籍之腦性麻痺學生。</p> <p>(三) 特殊教育學生就讀大專校院，依本辦法申請獎學金者，就學期間以申領四次為限。特殊教育學生就讀高中職，依本辦法申請獎學金者，就學期間以申領三次為限。</p> <p>●高中職組：含應屆畢業生，其前一學年課業成績總平均 70 分以上，操行成績平均 70 分以上(或相對等級)，且無任何懲處紀錄者。</p> <p>●大專校院組：含應屆畢業生，其前一學年課業成績總平均 80 分以上，操行成績平均 70 分以上(或相對等級)，且無任何懲處紀錄者。</p>					
同意書					
<p>(請簽名)同意本人(含家屬)於頒獎活動期間進行之拍照、攝影與訪談等所有肖像權歸屬於中華民國腦性麻痺協會無償使用於非營利範圍。</p>					

◎請將申請表連同檢附資料一同寄至中華民國腦性麻痺協會（並於信封上註明**獎學金**）

地址：104612 臺北市中山區民生東路一段 42 號 5 樓之 5

電話：(02)2892-6222 分機 208 特殊教育委員會

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，因此我們制訂了個資保護聲明，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，我們會將您所提供之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、處理及利用、請求刪除之權利。若您欲行使前開權利，請來電02-2892-6222，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：_____

中華民國 年 月 日