

財團法人愛盲基金會視障學生升學獎學金申請表

編號：

(由本會填寫)

一、填寫人資料				
填寫人姓名		填寫人單位		
申請日期	年 月 日	填寫人電話		
填寫人身份	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家人，關係_____ <input type="checkbox"/> 其他 (請說明:_____)			
二、申請人資料				
申請人姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期
				年 月 日
障礙類別	1. <input type="checkbox"/> 視障： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度			
身份證字號		電話及手機		
就讀學校		就讀年級		
居住地址				
戶籍地址				
三、家庭經濟情況摘述：				
四、檢附文件：				
<input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 在學證明/學生證 影本 <input type="checkbox"/> 中低收入戶/低收入戶資格證明或清寒證明相關文件 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
五、審查機關結果(以下勿填，由審查機關填寫)：				
1. 資料審查： <input type="checkbox"/> 符合，送入審查委員會。 <input type="checkbox"/> 不符合，原因_____				
備註：_____				
2. 審核結果： <input type="checkbox"/> 符合，核發升學獎學金。 <input type="checkbox"/> 不符合，原因_____				
備註：_____				
核准日期	年 月 日	發予金額	<input type="checkbox"/> 碩士班 10000 元 <input type="checkbox"/> 博士班 25000 元	
發給日期	年 月 日	領據號碼		
備註：若有任何疑問歡迎電洽本會承辦社工人員楊小姐：(02) 2361-6663 轉 8703。				

個案資料使用聲明

*我同意提供個人資料給愛盲基金會於進行視障服務中使用。

簽名： _____

日期： _____

個資使用聲明：

財團法人愛盲基金會，向您蒐集之個人資料；包含個人姓名、公司名稱、職稱、地址、電話及電子郵件地址等，得以直接或間接識別個人的相關資訊，將僅限使用於愛盲基金會合於營業登記項目或章程所載之目的事業，依公益勸募條例業務需要之客戶管理、募款及營業範圍內相關服務使用，並遵守「個人資料保護法」之規定妥善保護您的個人資訊。

於此前提下，您同意愛盲基金會得於法律許可之範圍內處理及利用相關資料以提供資訊或服務，並得於愛盲基金會之營運地區向您提供服務活動資訊，但您仍可依法律規定之相關個人資訊權利主張如下事項：查詢、閱覽、複製、補充、更正、處理、利用及刪除，請於上班時間以電話或電子郵件向愛盲基金會聯繫。電話：02-2361-6663；Mail：eyelove@tfb.org.tw。您亦可拒絕提供相關之個人資料，惟可能無法及時享有愛盲基金會提供之相關活動與獲取各項資訊之權利。