

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 2. <input type="checkbox"/> 視多重障：合併_____障				
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"/> 身心障礙手冊正反面影本 <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許小姐：(02) 2361-6663 轉 8310。					