2023.07 修訂版

財團法人台北市雨揚慈善基金會

114-2 學期 學生護眼計畫補助金申請表(收件截止日為 115/04/30)

備妥後請以校為單位郵寄紙本資料至：

『106070 台北市大安區忠孝東路四段 60 號 12 樓-1（雨揚慈善基金會 護眼小組收)』

申請護眼計畫 應備文件說明

檢核備妥請打勾	所需文件及說明
☐	1. **單位機構送件清冊(一單位一張即可，無須每位個案都附一張)**：需由機構單位(如：社福團體、慈善公益等機構單位)或由學校轉介申請(**不接受個案自行送件申請**)，表格文件需附機構單位章(例：學校處室章或處室辦公章等)及承辦人核章資料。（附件一)。
☐	2. **個案個人申請表**：一位個案請寫一張/請單位機構務必協助**填寫「單位意見或審核說明一欄」**。（附件二)。
☐	3. 新式戶口名簿影本或是一年內之有效戶籍謄本影本(**記事不可省略**)。
☐	4. 低收入戶或中低收入戶或清寒證明(單位或是里長辦公室之清寒證明皆可)。
☐	5. 補助金發放之匯款帳戶存摺封面影本(請盡量以個案姓名之匯款帳戶為主，且銀行名稱、分行及匯款帳號需可清晰辨識)。
☐	6. 學校視力檢查表(健康檢查表影本可)或個案於眼科看診的診斷證明等資料（以確認個案確實因視力問題有配鏡需求)。
☐	7. 大學光學集團合作護眼計畫配合門市之學生預約單。(以合作配鏡門市為主，請先填寫預約單並與其他資料一併送件至基金會，若通過審核，將有專人與個案家長預約配鏡時間及說明相關補助流程，未拿到正式預約單前，個案勿先自行前往)。（附件三)。
☐	8. 蒐集、處理及利用個人資料告知暨同意書(同意將案例故事化名放上官網公開徵信)，申請人需於送審案件時一併簽回申請。（附件四)。
☐	9. 申請人(請簽需配鏡學生姓名)需於送審案件時先填寫本會領據單一併來件申請(金額及日期欄位請空白)。（附件五)。
☐	10. 拿到補助眼鏡後，請個案家長或老師，協助提供學生戴上眼鏡前、後生活及學習照片數張，以便往後主管機關審核備查之需。 ＊敬請 EMAIL 至雨揚慈善基金會郵箱(rs_welfare@yohofate.com)，謝謝您的配合！

雨揚慈善基金會 護眼小組：02-2711-4888（周一~周五 09:30-17:00)，如有疑問，敬請來電詢問！

附件一

財團法人台北市雨揚慈善基金會

學生護眼計畫補助金申請表－機構送件清冊 （每校(機構單位)彙整成一份）

轉介申請單位名稱：_____

※請單位承辦人員造冊

NO	就讀班級	學生姓名	身份證字號	出生年月日	家長姓名	稱謂	家長連絡電話
01							
02							
03							
04							
05							
06							

承辦單位（請蓋章）：	承辦人員（請蓋章）：
聯絡電話：	傳真：
e-mail：	

附件二

財團法人台北市雨揚慈善基金會

學生護眼計畫補助金申請表－個人申請書(每位同學各自填寫 1 張)

申請資格：

以持有低收、中低收入戶資格或里長清寒證明書並有實際配鏡需求(從未配戴眼鏡但有視力問題或是原有眼鏡已經破損或遺失)之學子提出補助申請。

學校名稱：
年級及班別：
學生姓名：
身分證字號:
出生日期：民國_____年_____月_____日
家長姓名：　　連絡電話:
家長電子信箱(必填，用以傳送正式預約單)：
家長職業：
住家地址：

學生自述家境說明(**請至少填寫 50 個字，以利審核**)：
單位意見或審核說明(請級任導師或了解學童家庭狀況之老師協助填寫)： 任教老師姓名及電話：_____。

單位名稱：_____

承 辦 人：_____

連絡電話：_____

申請日期：_____年_____月_____日

附件三

財團法人台北市雨揚慈善基金會

學生護眼計畫補助金申請表－大學眼鏡門市預期預約單

#當天請學生攜帶務必攜帶健保卡並出示正式預約單，以便讓門市確認預約身分。

1. 學生姓名：	
2. 學生身份證字號：	
3. 學生出生(民國 年/月/日)：	
4. 家長姓名：	
5. 家長稱謂(與學生之關係)：	
6. 家長連絡電話：	
7. 欲前往之大學眼鏡門市 (請填寫下列合作＊大學眼鏡門市名稱)：	
8. 欲前往之日期/時間(幾點)：	

＊專案合作之大學眼鏡指定門市如下：

1. 大學眼鏡 北市站前門市
   地址：100 台北市中正區館前路 8 號 3 樓／電話：02-2331-5711
   (站前大學眼科網路掛號：https://www.eyedoctor.com.tw/TPEStation/)
2. 大學眼鏡 北市忠孝門市
   地址：106 台北市大安區忠孝東路 4 段 178 號／電話：02-8979-1531
   (忠孝大學眼科網路掛號：https://www.eyedoctor.com.tw/js/aboutUs.aspx)
3. 大學眼鏡 北市內湖門市
   地址：114 台北市內湖區文德路 100 號／電話：02-2793-6311
   (內湖大學眼科網路掛號：https://www.eyedoctor.com.tw/Neihu/aboutUs.aspx)
4. 大學眼鏡 北市士林門市
   地址：111 台北市士林區文林路 494 號／電話：02-2831-6925
   (士林大學眼科網路掛號連結：https://www.eyedoctor.com.tw/shilin/)
5. 大學眼鏡 北市新南門市
   地址：106 台北市大安區新生南路三段 54 之 3 號／電話：02-2368-8055
   (新南大學眼科網路掛號連結：https://www.eyedoctor.com.tw/Xinnan/)

附件四

財團法人台北市雨揚慈善基金會

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，特別設立財團法人台北市雨揚慈善基金會：弱勢學子補助金（以下簡稱本補助金）。

二、凡申請本補助金者，需提供個人姓名、地址、電話、銀行帳號或銀行匯款資料等，或得以直接或間接識別個人家庭環境、成員的相關資訊，本資訊將僅限於本基金會於營運期間，做為本補助金之申請審查、發放之用，及個案分享、公開徵信之用途使用。

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，本基金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，已清楚瞭解本基金會蒐集、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：民國　　年　　月　　日

附件五

財團法人台北市雨揚慈善基金會

學生護眼計畫補助金申請表－簽收領據單

領款收據

受助者：_____，茲收到　財團法人台北市雨揚慈善基金會—「護眼計畫補助金」，共計新台幣—_____元整，確實無誤。

此致

財團法人台北市雨揚慈善基金會　　台照

姓名(簽章)：

電話：

地址：

身分證字號：

中　華　民　國　　年　　月　　日

雨揚慈善基金會 「點亮弱勢學子新視野」配鏡補助流程

STEP 1：

經由機構單位送申請案件至基金會，轉護眼審核小組進行審核，通過審查後，本會人員將致電與個案家長確認預約前往的門市、日期及時間，並發信給指定門市告知個案預約資訊。(請務必確認好預約時間並前往門市(**切勿遲到！！！**)(請個案一定要先到眼鏡門市報到，不要先跑到眼科)，若須更改請電聯基金會更改時間，可更改 1 次。

STEP 2：

電訪約定日期後，會請家長協助上網，先行網路掛號預約大學眼科看診時段(至少需提前 1 日完成掛號)，或是提前先前往門市留下初診病歷資料及預約的時間，以利後續看診掛號流程。

STEP 3：

請個案務必由家長陪同前往，需攜帶物品：

1. 學生健保卡、家長身分證件(以確認身份)、正式預約單(會發 mail 給家長，務必留下正確電子信箱，並於預約日至少 1 天前回覆確認已收到)，若未帶預約單則須另外更改預約時間再行前往(只接受至多更改 1 次)。
2. 掛號費 50 元(若個案為初診，優待僅需支付健保部份負擔 50 元，之後看診掛號費恢復為 200 元，並需主動告知是雨揚慈善基金會配合的護眼計畫，方可享有補助優待價)及配鏡費用 1,500 元(公益專案價格整副配到好)。
3. 個案須先行支付配鏡款項，並在取得門市開立的正本發票後，寄到【106070 台北市大安區忠孝東路四段 60 號 12 樓之 1 雨揚慈善基金會 護眼小組收_請註明個案姓名】)，基金會收到後將依照發票金額實際補助，並匯至個案帳戶。
4. 補助方案中(視力矯正)，已包含矯正大部分可能狀況(近、遠視/高度數/高散光)，其它額外要求功能：如濾藍光、變色、或是鏡框更換或升級(原來的框已是適合學童的安全鏡框)，大部分不屬於必要項目，則需家長自費。如有特殊鏡片需求（超出 1,500 元之補助範圍內），請門市先知會基金會取得共識，後可後續配鏡作業！
5. 請家長協助拍攝個案在門市配鏡的側拍照片或日常配鏡讀書等照片，發電子郵件寄到基金會以利後續呈報主管機關核銷(rs_welfare@yohofate.com)。

#以上若有疑問，請洽專線：02-2711-4888(辦公時間：周一至周五 10:00-17:00)！