

檔 號：

保存年限：

## 社團法人台灣癲癇之友協會 函

地址：105 台北市敦化北路 155 巷 66 弄 41 號 B1

聯絡人：執行秘書 林秀傑

聯絡電話：(02) 2514-9682

傳真：(02) 2514-9687

電子信箱：taiwan.epilepsy@gmail.com

受文者：教育部高等教育司、各縣市政府教育局（處）、各縣市政府衛生局

發文日期：中華民國 106 年 9 月 12 日

發文字號：(106) 台瑞字第 022 號

速別：普通

密等及解密條件或保密期限：

附件：106 學年度「106 學年度財團法人新光鋼添澄慈善基金會癲癇之友獎助學金」實施辦法、申請書、醫師證明表及自傳表各一份。

主旨：敬請 貴單位協助轉發本協會辦理 106 學年度「106 學年度財團法人新光鋼添澄慈善基金會癲癇之友獎助學金」實施辦法，請 查照。

說明：

- 一、提供弱勢家庭兒童、青少年的在學癲癇朋友們，減輕就學上的經濟障礙與壓力，培養國家人才，鼓勵其努力向學並回饋社會。
- 二、懇請 貴單位協助轉發本施行辦法至所屬縣市各國小、國中、高中、高職、大專院校、醫院神經內科、癲癇科等，俾立在學癲癇學生踴躍申請。
- 三、申請時間：即日起至 10 月 13 日止。若符合資格且欲申請獎助學金者，請自行至協會網站 <http://www.epilepsyorg.org.tw> 下載所需表格，填妥申請表格，並備妥相關文件後，於 106 年 10 月 13 日前郵寄至社團法人台灣癲癇之友協會（以郵戳為憑）。送件者經審核通過，由本會個別通知並公告於本會網站，並於 107 年 1 月 20 日本協會年會上公開頒獎表揚。

正本：教育部高等教育司、基隆市政府教育處、宜蘭縣政府教育處、台北市政府教育局、新北市政府教育局、桃園縣政府教育局、新竹縣政府教育處、新竹市政府教育處、苗栗縣政府教育處、台中市政府教育局、南投縣政府教育局、彰化縣政府教育處、雲林縣政府教育處、嘉義縣政府教育處、嘉義市政府教育處、台南市政府教育局、高雄市政府教育局、屏東縣政府教育處、花蓮縣政府教育處、台東縣政府教育處、澎湖縣政府教育處、金門縣政府教育處、連江縣政府教育處、基隆市衛生局、宜蘭縣政府衛生局、臺北市衛生局、新北市政府衛生局、桃園縣政府衛生局、新竹市衛生局、新竹縣衛生局、苗栗縣政府衛生局、臺中市政府衛生局、彰化縣衛生局、南投縣政府衛生局、雲林縣衛生局、嘉義市政府衛生局、嘉義縣衛生局、臺南市政府衛生局、高雄市政府衛生局、屏東縣衛生局、花蓮縣衛生局、臺東縣衛生局、澎湖縣政府衛生局、金門縣衛生局、連江縣衛生局。

副本：財團法人新光鋼添澄慈善基金會

理事長施茂雄



社團法人台灣癲癇之友協會  
「106學年度財團法人新光鋼添澄慈善基金會  
癲癇之友獎助學金」實施辦法

一、宗旨：本會設置專案助學金，旨在提供弱勢家庭兒童、青少年的在學癲癇朋友們，減輕就學上的經濟障礙與壓力，培養國家人才，鼓勵其努力向學並回饋社會。

二、「獎助學金」申請對象：公私立國小、國中、高中(職)學生及公私立大專院校學生，家境清寒或有其他重大事故之事實，以致就學困難之學生且持續治療中之癲癇朋友（不含進修、推廣教育之學生）。

三、獎助學金名額暨金額：

「獎助學金」對象共15名，以下為各組別名額與獎金

1. 國小組5名，每名新台幣貳仟元。
2. 國中4名，每名新台幣參仟元。
3. 高中組4名（含五專一至三年級學生），每名新台幣伍仟元。
4. 大學以上2名（含五專四至五年級學生及二專、二技、四技、大學部學生），每名新台幣壹萬元。

四、主辦單位：社團法人台灣癲癇之友協會 / 財團法人新光鋼添澄慈善基金會

五、申請資格：

1. 申請者需附105年度全年學業成績單；申請「獎助學金」者於修業年限內，學業成績平均70分以上（含70分）學生。
2. 未享有軍公教子女教育補助費者。
3. 每戶補助一名。
4. 新生申請者：
  - (1) 國中新生請檢附小學六年級全學年成績單。
  - (2) 高中/職、五專新生請檢附國中三年級全學年成績單。
  - (3) 大學/大專新生請檢附高中/職三年級全學年成績單。
  - (4) 研究所新生請檢附大學最後一學年成績單。
5. 獎助學金受獎同學請親自出席107年1月20日之會員大會（或由受委託人代表出席）接受公開表揚；除非有重大不可抗原因，無法前來領取者，則可委託出席代領，領獎受委託人以受託二人為限。
6. 本會補助受獎同學車馬費（台北市、新北市除外，其他縣市以自強號來回票計算）。國中以下得獎者補助1名陪同者車馬費，受委託者恕不補助。

六、申請時間：即日起至106年10月13日止，截止日期以郵戳為憑，逾期不再收件。申請資料請寄至「105台北市敦化北路155巷66弄41號地下室社團法人台灣癲癇之友協會 收」。

七、申請資料：以下資料，除第10項、第11項得依實際狀況提供，資料不齊全者，恕不再另行通知補件。

1. 本會獎助學金申請表格。(表格1)
2. 在學證明或學生證正反面影本（需有當學期註冊章）。
3. 近三個月內全戶戶籍謄本（需有記事欄）。
4. 最近一學年成績證明。
5. 未領取其他社福團體任何形式獎助金（須由學校蓋章證明）。
6. 自我記錄的癲癇日誌：自行記錄的日誌內容需包括發作日期、發作型態、發作次數、服藥狀況、腦波檢查結果或藥物血中濃度數據等資料（請勿影印醫院病歷資料）。
7. 醫師證明表：非診斷證明書!若無法提出證明，不予受理。(表格2)
8. 申請學生自傳表（特教班的學生可由法定代理人或導師代筆）。(表格3)
9. 申請人之銀行存摺封面影本。
10. 低收、中低收、清寒、身障、重大傷病、特境家庭等證明文件，可選擇與自身相關檢附即可。
11. 災難、變故或重症等證明文件，可選擇與自身相關檢附即可。

八、評審辦法：審查時間須2~3個月，經審核通過者由本會個別通知，得獎名單將於協會網站公告。

九、附則：本辦法如有未盡之事宜得隨時修訂之。

(表格 1)

社團法人台灣癲癇之友協會  
財團法人新光鋼添澄慈善基金會

106 學年度癲癇之友獎助學金申請書

組別：請勾選

大專 高中 國中 國小

學生姓名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生月日 (25歲以下)	民國	年	月	日
戶籍地址					身分證字號				
聯絡地址					戶籍電話	( )			
					聯絡電話	( )			
E-MAIL					手機號碼				
就讀學校 (不含研究所、博士班)		大學專制	<input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 四技	<input type="checkbox"/> 二專 <input type="checkbox"/> 五專	科系	年級		學號	
學業成績	上學期	下學期	平均	操行成績	上學期	下學期	平均		
家庭財務狀況	<input type="checkbox"/> 1.符合各縣市政府中低收入戶資格。 <input type="checkbox"/> 2.家庭遭遇重大事故(含災害、經濟變故、人口傷亡等)。 <input type="checkbox"/> 3.家中負擔家計者因失業、失蹤或罹患重大疾病，無法工作。 <input type="checkbox"/> 4.其他足以證明需要財務協助。						(照片粘貼)		
學校審查意見							承辦人員簽章		

1~8 項應繳交資料，9、10 得依實際狀況提供。

- 在學證明或學生證影本 (需有當學期註冊章)。
- 近三個月內全戶戶籍謄本 (需有記事欄)。
- 最近一學年成績證明。
- 未領取其他社福團體任何形式獎助學金 (需由學校蓋章證明)。
- 自我記錄的癲癇日誌：自行記錄的日誌內容可包括發作日期、發作型態、發作次數、服藥狀況、腦波檢查結果或藥物血中濃度數據等資料 (請勿影印醫院病歷資料)。
- 醫師證明表：非診斷證明書！若無法提出證明，不予受理。(表格 2)
- 申請學生自傳表 (特教班的學生可由法定代理人或導師代筆)。(表格 3)
- 申請人之銀行存摺封面影本。
- 低收、中低收、清寒、身障、重大傷病、特境家庭等證明文件，可選擇與自身相關檢附即可。
- 災難、變故或重症等證明文件，可選擇與自身相關檢附即可。  
死亡證明 醫療診斷證明 重大災害 其他 (請註明)

\*請將附件依順序排列於申請書後，未備齊者將視以無效件處理，不函知及退件\*

※申請書及附件恕不退還，惟本協會/基金會將尊重個人機密予以嚴格保密。

本人已詳讀相關辦法與上列資料且確認填寫無誤，同意提供個人資料予本學年助學金專案審核使用。

學生簽章：\_\_\_\_\_ (必填，未簽名者無法受理)。

法定代理人：\_\_\_\_\_ (與學生關係：\_\_\_\_\_ )。

申請日期： 年 月 日(必填)

(表格 2)

社團法人台灣癲癇之友協會  
106 學年度「財團法人新光鋼添澄慈善基金會  
癲癇之友獎助學金」醫師證明表

說明：評分方式分以下五個等級勾選

分數/等級：5分/優、4分/良、3分/平、2分/差、1分/劣

申請人：

評 分 項 目	分 數	備 註
1. 對癲癇的認識程度	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	
2. 與醫護人員的治療配合度 (規律服藥與定期就醫)	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	
3. 對癲癇所引起困擾的克服度	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	
4. 對癲癇的接受程度	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	
5. 參與癲癇病友活動	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	

就診醫院：

主治醫師簽章：

中華民國 106 年      月      日

(表格 3-1)

社團法人台灣癲癇之友協會  
106 學年度「財團法人新光鋼添澄慈善基金會  
癲癇之友獎助學金」申請學生自傳表

內容以 600 字為限，描述「癲癇對我的意義是什麼、我如何與癲癇相處、為什麼我想申請這份獎助學金、將如何運用獎金、簡單描述家庭狀況」。若癲癇朋友年紀太小或表達能力有障礙（如特教班學生），可由家長或師長代為填寫。

(表格 3-2)

社團法人台灣癲癇之友協會  
106 學年度「財團法人新光鋼添澄慈善基金會  
癲癇之友獎助學金」申請學生自傳表

--