

# 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

# 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

## 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、處理及利用個人資料。
  - (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、處理及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