

教育部國民及學前教育署 函

地址：41341臺中市霧峰區中正路738之4號

傳 真：(04)23321575

聯絡人：林怡君

電話：(04)37061222

受文者：國立宜蘭高級中學

發文日期：中華民國102年9月11日

發文字號：臺教國署原字第1020085948號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明三(0085948A00_ATTCH1.pdf, 共1個電子檔案)

主旨：中華民國腦性麻痺協會辦理「中華民國腦性麻痺協會獎學金」申請，請貴校轉知符合申請資格之學生，請查照。

說明：

- 一、依據中華民國腦性麻痺協會102年8月29日腦麻字第1020156號函辦理。
- 二、該會為鼓勵腦性麻痺優秀的莘莘學子，能克服身體的障礙，勤奮向上，特設會員專屬獎學金「中華民國腦性麻痺協會獎學金」，申請日期自102年9月20日起至102年10月20日止，詳細辦法請於中華民國腦性麻痺協會獎學金(<http://www.cplink.org.tw/>)查詢。
- 三、檢附「中華民國腦性麻痺協會獎學金」申請簡章1份。

正本：國立暨私立(不含北高新北三市)高級中等學校、國立暨私立(不含北高新北三市)高級中等學校附設進修學校

副本：中華民國腦性麻痺協會、本署原民特教組

102/09/12
07:49:46

依分層負責規定授權單位主管決行



中華民國腦性麻痺協會獎學金申請

為鼓勵腦性麻痺優秀的莘莘學子們，能夠克服身體的障礙，勤奮向上，特設會員專屬獎學金，歡迎踴躍申請！

一、目的

為鼓勵腦性麻痺之優秀學生，順利完成學業，特設「中華民國腦性麻痺協會獎學金」。

二、申請資格

本會自申請日前已連續三年繳交會費之會員或會員子女為腦性麻痺患者，就讀大專校院、高中、職者，具有國內公立或已立案之私立學校學籍學生，並符合下列條件之一者，予以獎助。



三、獎助條件

- (一)高中、職二、三年級學生其前一學年成績總平均 70 分以上，操行平均 70 分以上(或相對等級)，且無小過以上處分。
- (二)大專校院二至四年級學生其前一學年成績總平均 70 分以上，操行平均 70 分以上(或相對等級)，且無小過以上處分。

四、獎勵名額暨金額

- ◎大專校院獎學金每年 20 名，每名 5,000 元。
- ◎高中、職獎學金每年 20 名、每名 3,000 元。

五、申請辦法

- ◎請於 102 年 9 月 20 日起至 102 年 10 月 20 日止將相關資料郵寄申請文件至本會(註明申請獎學金)或逕至本會辦理(申請資料恕不退還)。

(尚有第二頁，應檢附資料)

◎申請應備下列文件：



1. 申請書。
2. 前一學年成績單正本。
3. 身心障礙手冊影本(正反面)。
4. 學生證影本(正反面，須有當學期註冊章)。
5. 學生身份證影本(正反面)或戶口名簿影本。
6. 郵局存摺封面影本(戶名必須為申請學生本人)。
7. 腦性麻痺相關證明(重大傷病卡或診斷證明)。
8. 其他(ex:低收入戶證明，如無則免附)。

六、審查

◎本獎學金之核發需經本會「評審委員會」會議核定，相關訊息將公告於本會網站，並擇日發放。

◎本會保留變更或施行與否的權利，詳細情形以本會網站公告為準。
獎學金事項申請通過與否，將由審核委員依各位申請者檢附之資料進行審核。

七、其他

◎獲得獎學金者需出席頒獎，如無故未到視同放棄資格，頒獎時間另行公告。

◎申請人須同意將獎學金頒獎活動期間所進行之拍攝、攝影等所有肖像權歸屬於本會，本會得無償於非營利範圍使用。

中華民國腦性麻痺協會

地址：11162 台北市士林區中正路 420 號 2 樓

聯絡人：李庭皓 社工

電話：02-2831-7222 分機 236

編號：_____

(此欄由本會工作人員填寫)



中華民國腦性麻痺協會
THE CEREBRAL PALSY ASSOCIATION OF R.O.C.

中華民國腦性麻痺協會獎學金申請表

會員姓名：_____ 填表日期：_____年_____月_____日

學生姓名	_____	性別	_____	照 片 請使用近期照片
與會員關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父子 <input type="checkbox"/> 父女 <input type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> 母女			
學生身份證字號	_____			
組別	<input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大專院校(含四技二專)			
就讀學校	校名：_____		縣市	_____
	_____系、科 年 班		學號	
聯絡電話	_____	行動電話	_____	
地址	□□□			
E-mail	_____			
郵局局號帳號	局號：_____ 帳號：_____			
(戶名必須為申請學生本人)				
檢附證明	<input type="checkbox"/> 前一學年成績單正本 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本(正反面) <input type="checkbox"/> 學生證影本(正反面，須有當學期註冊章) <input type="checkbox"/> 學生身份證影本(正反面)或戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 郵局存摺封面影本(戶名必須為申請學生本人) <input type="checkbox"/> 腦性麻痺相關證明(重大傷病卡或診斷證明)。 <input type="checkbox"/> 其他(ex:低收入戶證明，如無則免附)			
申請資格				
<p>一、本會自申請日前已連續三年繳交會費之會員或會員子女為腦性麻痺患者，就讀大專校院、高中、職者，具有國內公立或已立案之私立學校學籍學生，並符合下列條件之一者，且在法定修業年限內予以獎助。</p> <p>二、高中、職二、三年級學生其前一之學年成績總平均 70 分以上(或相對等級)，操行平均 70 分以上，且無小過以上處分。</p> <p>三、大專校院二至四年級學生其前一之學年成績總平均 70 分以上(或相對等級)，操行平均 70 分以上，且無小過以上處分。</p>				
(請簽名)同意本人或家人將獎學金頒獎活動期間所進行之拍攝、攝影等所有肖像權歸屬於本會，本會得無償於非營利範圍使用。				

請將申請表連同檢附資料一同寄出

郵寄地址：中華民國腦性麻痺協會 11162 台北市士林區中正路 420 號 2 樓

聯絡人：李庭皓 社工 聯絡電話：02-2831-7222 分機：236