



## 中華民國腦性麻痺協會獎學金

為鼓勵腦性麻痺優秀的莘莘學子們，協會於本年度設立會員專屬的獎學金囉！

主辦單位：中華民國腦性麻痺協會

### 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

- (一)本會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，且在法定修業年限內予以獎助。
- (二)高中、職之學年成績總平均 70 分以上，操行平均 70 分以上，且無小過以上處分。
- (三)大專校院之學年成績總平均 60 分以上，操行平均 70 分以上，且無小過以上處分。

### 三、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。

### 四、申請辦法

- ◎請於 101 年 9 月 20 日起至 101 年 10 月 20 日止將相關資料郵寄至本會(註明申請獎學金)或逕自本會辦理。

◎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。
4. 學生證影本。
5. 學生身份證影本（正反面）。
6. 郵局存摺封面影本（戶名必須為申請學生本人）。
7. 其他（ex:低收入戶證明，如無則免附）。

#### 五、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。

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



### 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
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 <input type="checkbox"/> 學生證影本 <input type="checkbox"/> 學生身份證影本(正反面) <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"/> 其他(ex:低收入戶證明,如無則免附)_____	
申請資格		
<p>一、本會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，且在法定修業年限內予以獎助。</p> <p>二、高中、職之學年成績總平均 70 分以上，操行平均 70 分以上，且無小過以上處分。</p> <p>三、大專校院之學年成績總平均 60 分以上，操行平均 70 分以上，且無小過以上處分。</p>		

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

