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 212 號 7 樓雨揚慈善基金會 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：02-8161-3904(辦公時間：周一至周五 10:00-17:00)！

護眼計畫

點亮弱勢學子新視野

寶貝的眼睛 我們來守護



申請資格

有配戴眼鏡需求，家境經濟弱勢之學子

申請流程

1.請以學校或社福機構為單位造冊協助申請(不接受個案自行申請)，申請方式及相關申請表格請詳見本會官網「救助申請-清寒弱勢孩童護眼計畫」
2.經由本會轉介至公益合作專案之指定大學眼鏡門市(下方列示)
3.115-1學期之案件，收件日期至115/11/15日(以郵戳時間為準)

申請專線 02-8161-3904

有需求之學子請洽「財團法人台北市雨揚慈善基金會」諮詢相關資訊或上基金會官網查詢https://www.rswf.org

大學眼鏡服務據點

北市站前門市	地址：100臺北市中正區館前路8號3樓／電話：02-2331-5711	網路掛號
北市忠孝門市	地址：106臺北市大安區忠孝東路4段178號／電話：02-8979-1531	網路掛號
北市內湖門市	地址：114臺北市內湖區文德路100號／電話：02-2793-6311	網路掛號
北市士林門市	地址：111臺北市士林區文林路494號／電話：02-2831-6925	網路掛號
北市新南門市	地址：106臺北市大安區新生南路三段54之3號／電話：02-2368-8055	網路掛號

指導單位：臺北市政府社會局 Department of Social Welfare, Taipei City Government

主辦單位：財團法人台北市雨揚慈善基金會 Rain Spring Charitable Foundation

協辦單位：大學眼科、大學眼鏡、大學醫療保健教育基金會、大學光學科技(股)公司