

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 109 年 9 月 9 日

發文字號：(109) 台癲協字第 015 號

速別：普通

密等及解密條件或保密期限：

附件：「109 年新光鋼添澄癲癇之友獎、助學金」施行辦法及申請表、醫師證明表、自傳表各一份

主旨：敬請 貴單位協助轉發本協會辦理「109 年新光鋼添澄癲癇之友獎、助學金」施行辦法，請 查照。

說明：

- 一、為獎勵在學的癲癇朋友，能不畏懼疾病的困擾，努力完成學業，特設此項獎、助學金。
- 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 20 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 109 年 10 月 20 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 110 年 1 月 30 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、桃園市政府教育局、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、南投縣政府教育處、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、桃園市政府衛生局、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、連江縣衛生福利局。

副本：財團法人新光鋼添澄慈善基金會

理事長施茂雄



1090135959 收文日期:109/09/15

社團法人台灣癲癇之友協會

「109 年新光鋼添澄癲癇之友獎、助學金」施行辦法

- 一、宗旨：為獎勵在學癲癇朋友，能不畏懼疾病的困擾、努力完成學業，特設此項獎、助學金。
- 二、「獎學金」申請對象：目前就讀國小、國中、高中/職、五專、大學或研究所且持續治療中之癲癇朋友(不含進修、推廣教育之學生)。
- 三、「助學金」申請對象：就讀於小學且家境清寒之癲癇朋友。
- 四、獎、助學金名額暨金額：
 1. 「獎學金」對象共 43 名，以下為各組別名額與獎金
 - (1) 國小組 15 名，每名新台幣貳仟元。
 - (2) 國中組 15 名，每名新台幣參仟元。
 - (3) 高中組 10 名，每名新台幣伍仟元。
 - (4) 大學以上 3 名，每名新台幣壹萬元。
 2. 「助學金」對象共 4 名，每名新台幣伍仟元(僅限就讀國小學生申請)。
- 五、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
- 六、申請資格：
 1. 申請者需附 108 學年度全年學業成績單；申請「獎學金」者學業平均須達 70 分以上。
 2. 申請「助學金」者應檢具鄉鎮市區公所開具低收入戶證明(非里長所出具之清寒證明)。小學生若兩者皆符合，僅能擇一申請。
 3. 未領有軍公教子女教育補助費者。
 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. 曾連續兩屆得獎之大專學生，恕不再受理。請將機會讓給其他申請者。
 6. 獎、助學金受獎同學須親自出席 110 年 1 月 30 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。
 7. 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。
 8. 協會得以刊載申請者自傳表內容於年刊專欄。(不再電話通知)
- 七、申請時間：即日起至 109 年 10 月 20 日止，截止日期以郵戳為憑，逾期不再收件。
申請資料請寄至「10549 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」。
- 八、申請資料：以下資料，除第 8 項、第 9 項外缺一不可，資料不齊全者，恕不再另行通知補件。
 1. 獎、助學金申請表：請班導師務必填寫推薦內容，並且簽名。(表格 1)
 2. 在學證明書：註冊後之學生證影本亦可。
 3. 成績單：包括學業成績(若用影本，應加蓋教務處印章)。
 4. 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)
 5. 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)
 6. 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)
 7. 申請表最下方的申請人必須由學生本人或法定代理人代簽。
 8. 申請時請檢附各地方病友團體推薦函，或參加地方社團活動證明。(可加分)
 9. 申請國小「助學金」者，請檢附鄉鎮市區公所開具低收入戶證明。
- 九、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，並於本會網站 <http://www.epilepsyorg.org.tw/>公告。
- 十、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
109 年「新光鋼添澄癲癇之友獎、助學金」

申請表

申請編號：

申請種類：獎學金 助學金

| | | | |
|-------|--|-------|--|
| 學生姓名 | | 性 別 | |
| 身份證字號 | | 出生年月日 | |
| 家長姓名 | | 聯絡電話 | |
| 地 址 | | | |
| 就讀學校 | | 班 級 | |
| 導師姓名 | | 就診醫院 | |

班導師推薦：

分數/等級：5分/優、4分/良、3分/平、2分/差、1分/劣

| 評分項目 | 疾病接受 | 人際關係 | 情緒控制 | 學習態度 | 積極進取 |
|------|------|------|------|------|------|
| 導師評分 | | | | | |

班導師簽名：

請檢附以下資料：

- 新光鋼添澄癲癇之友獎、助學金申請表，含班導師推薦。(表格 1)
- 在校證明書 (或註冊後之學生證影本)。
- 學校正式成績單：包含學業成績 (若用影本，應加蓋教務處印章)。
- 自我記錄的癲癇日誌 (請勿影印醫院病歷資料)
- 醫師證明表：若無法提供證明，不予受理。(表格 2)
- 申請學生自傳表。(表格 3)
- 地方病友團體推薦函、或參加地方病友團體活動記錄 (可加分)
- 申請國小「助學金」者，請檢附鄉鎮市區公所開具低收入戶證明。

申請人簽名：

中華民國 年 月 日

(表格 2)

社團法人台灣癲癇之友協會
109 年「新光鋼添澄癲癇之友獎、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 年 月 日

(表格 3-1)

社團法人台灣癲癇之友協會
109 年「新光鋼添澄癲癇之友獎、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
109 年「新光鋼添澄癲癇之友獎、助學金」

申請學生自傳表