

2021 年癌友家庭大專子女獎助學金簡章



說明

擴大本會對癌友家庭服務層面，協助癌友就學子女專心向學，緩解經濟負擔，以正在治療中、經濟弱勢且資源系統薄弱家庭為優先考量。



獎助對象、獎金、名額

獎助對象為正在進行癌症治療病人之大專院校在學子女，每戶限一名子女申請。每名貳萬元整，共 75 名。



申請資格

1. 父母一方罹癌，且在本會獎助學金審查期間(2021 年 3-4 月)須為正在接受治療中(包含手術、化療、放射線治療、標靶、免疫藥物治療)。
2. 就讀日間部大專院校或五專四-五年級或二技/專或七年一貫制 4-7 年級之 25 歲以下在學子女，具正式學制且有學籍證明者。(不含空大、空專、進修學院、空中進修學院、補校、夜間部等)
3. 109 學年度上學期成績總平均達 60 分以上者。



申請方式

請至本會希望小站索取申請表格，或逕自官網(www.ecancer.org.tw)下載申請表，填寫後，連同下列必備文件掛號郵寄 81355 高雄市左營區翠峰路 22 號 1 樓 癌症希望基金會收，註明「申請獎助學金」。

*必備文件：

1. 獎助學金申請表正本。
2. 父或母罹癌診斷證明書影本(限 110 年 1 月以後開立)，恕不接受重大傷病核定審查通知書。
3. 近三個月內之同住全戶人口戶籍謄本詳盡版影本。(可於各地的戶政事務所提出申請)。
4. 申請人雙親之 108 年度之綜合所得稅各類所得清單及財產歸屬清單影本(兩項皆須檢附，可於任一國稅分局、稽徵所申請)。如有 110 年度的低收或中低收證明者，免附所得與財產清單，若其中一方未有低收或中低收資格，仍須繳納綜合所得與財產清單。
5. 109 學年度第二學期在學證明。
6. 109 學年度上學期成績單影本。
7. 學生自傳：介紹自己與家庭成員、家中經濟狀況、父母罹癌後生活之改變及因應方式(以 A4 大小紙張，600 字以上)，親筆或電腦打字皆可，不得由他人代寫。
8. 其他特殊身分證明文件影本。(如：低收/中低收、弱勢兒少核定公文、身心障礙證明、清寒證明、特殊境遇家庭核定公文...等)，無則免附。



收件期間：110 年 3 月 1 日~3 月 31 日(以郵戳為憑)



注意事項

1. 經書面審查後，申請者須配合本會家庭訪視或電話訪談。
2. 本獎助學金「每戶以補助一名為限」，請斟酌戶內子女狀況，由一人提出申請。
- ★ 3. 本獎助學金申請案 不接受補件，申請單內容未填寫齊全或資料不全者，將排除審核資格，不另行通知。
4. 審核結果於 110 年 5 月 19 日(三)在本會官網 www.ecancer.org.tw 公告，請自行上網查詢。
- ★ 5. 獲獎助學金核發者須出席本會所舉辦之 8 小時「希望種子營」親自領取。種子營場次：高雄 7/7(三)、台中 7/8(四)、台北 7/9(五)，擇一參加，若要異動種子營場次，請於 6/11(五)前主動來電告知；若逾期更改場次或無法出席者，均視同放棄獎助學金。
6. 所有申請文件，本會將妥善保存，不予寄還。



洽詢專線：(07)581-0661、0809-010-580

2021 年癌友家庭大專子女獎助學金申請表

申請學生身分：首次申請 曾於民國_____年獲本會獎助學金 (下表欄位均必填)

癌友姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	(民國) 年 月 日
通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣市_____市鎮區鄉_____村鄰 路街 段 巷 弄 號 樓之_____	聯絡電話	
e-mail	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：	行動電話	
病友現況	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 復發治療中 <input type="checkbox"/> 門診追蹤_____年	訊息來源	
癌症名稱	_____癌， <input type="checkbox"/> 零期 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 不詳	就診醫院	
確診日期	確診日期：(民國)_____年_____月_____日		
治療方式	<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 化學治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 標靶治療 <input type="checkbox"/> 免疫藥物治療 <input type="checkbox"/> 其他_____		

※家庭經濟狀況：

1. 家庭每月總收入(不含補助)_____元。

2. 全家獲得社會資源補助每月_____元。

3. 補助來源：_____

4. 福利身分：低收 中低收 特殊境遇家庭 家庭
內領有身心障礙證明 其他_____

5. 家庭每月固定總支出約_____元。項目說明：

房租_____元

貸款_____元

生活支出_____元

其他_____元

※同住家庭成員狀況：(如有其他同住成員，請自行填入下表)

稱謂	姓名	存 歿	出生 年次	就業情形 或就讀學校/年級	工作狀況/職稱	每月工作收入	未工作/就學原因
父							
母							
學生 本人							

※申請學生資料

申請人姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	(民國) 年 月 日
就讀學校	科系	學制/年級	_____部/_____年級
申請人 通訊地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣市_____市鎮區鄉_____村鄰 路街 段 巷 弄 號 樓之_____	身份證字號	
學生 e-mail		申請人手機	
		手足曾領本會 獎助學金	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，_____年領取

※附件檢核：

1. 本申請單正本

2. 罹癌診斷證明書影本(限 110 年 1 月以後開立)

3. 三個月內之同住全戶人口戶籍謄本詳盡版影本

4. 父母 108 年度之綜合所得稅各類所得清單及
慶 財產歸屬清單影本

5. 109 學年度上學期成績單影本

6. 109 學年度第二學期在學證明

7. 自傳 (A4 大小)

8. 其他特殊身分證明文件影本，_____份 (無則免附)

註 1. 本人充分了解癌友家庭大專子女獎助學金之申請內容，並同意授權癌症希望基金會業務需求運用個人資料作為後續關懷服務追蹤之使用。

註 2. 本人切結上述填寫與所附申請資料均屬實無做假；並同意若獲此獎助學金，會出席 高雄 7/7(三)、台中 7/8(四)、台北 7/9(五)，請勾選參與其中一場「希望種子營」親領獎助學金，若要異動場次，請於 6/11(五) 前來電告知，逾期更改場次或無法出席者，均視同放棄獎助學金。

申請學生：_____ (親簽)

日期：110 年 月 日