

# 財團法人陳振武防盲教育基金會視障學生獎助學金申請書

姓名	性別	學校名稱	<input type="checkbox"/> 學院 <input type="checkbox"/> 二技	<input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 專科	<input type="checkbox"/> 科技大學 <input type="checkbox"/> 高市高中	學號	班級
前學年學業成績	附證	繳件	(一) 前學年(上、下學期)成績單。 (二) 視障證明：視障手冊影本或眼科專科醫師證明(核定標準見附註一)。 (三) 有註冊章之學生證影本或在學證明書(須為目前就學中)。				
	學業	打勾	<input type="checkbox"/> 未領有其他獎助學金 <input type="checkbox"/> 前學年內未受記過以上之處分				
以上所填均為真實 申請日期：中華民國 年 月 日 申請學生： 蓋章 導師： 蓋章							

名稱	定義	等級	標準	備註
附註： (一) 視障障礙	係指由於先天或後天原因，導致視覺器官(眼球、視神經、大腦視覺中心)之構造或機能發生部份或全部之障礙經治療仍對外界事物無法(或甚難)作視覺之辨識而言。	重度	兩眼視力優眼在0.0(不含)以下者。	殘障之核定標準，視力以矯正視力為準，經治療而無法恢復者。
		中度	兩眼視力優眼在0.1(不含)以下者。	
		輕度	兩眼視力優眼在0.1至0.2者，或兩眼視野各為20度以內者。	
附註：(二) 申請書及有關資料請寄至807高雄市三民區自由一路100號高雄醫學大學附設中和紀念醫院眼科 轉財團法人陳振武防盲教育基金會收				