

## 臺北市政府教育局 函

地址：110204臺北市信義區市府路1號8樓  
北區

承辦人：游秀靜

電話：02-27208889或1999轉1255

傳真：02-27593365

電子信箱：wh5965@gov.taipei

受文者：臺北市西湖實驗國民中學

發文日期：中華民國115年3月10日

發文字號：北市教體字第1153003417號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：財團法人台北市雨揚慈善基金會文件資料1份  
(42014954\_1153003417\_1\_ATTACHMENT1.pdf)

主旨：轉知財團法人台北市雨揚慈善基金會「點亮弱勢學子新視野」配戴近視眼鏡經費補助計畫，請查照。

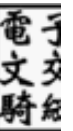
說明：

- 一、依據財團法人台北市雨揚慈善基金會115年2月24日雨揚字第1150020018號函辦理。
- 二、財團法人台北市雨揚慈善基金會體恤清寒家庭學子因家中無多餘支付能力負擔配鏡費用，使得學子於視力不足下，造成課業落後或是上課無法專心學習，特辦理旨揭補助計畫。貴校若有家庭無力負擔配鏡費用學子，可備妥申請資料向該會提出申請。
- 三、旨揭補助計畫114學年度第2學期之案件收件日期至115年4月30日止（以郵戳時間為準），申請條件注意事項：
  - (一)補助範圍以配戴「眼鏡」費用為主，不包括隱形眼鏡。
  - (二)請以學校為單位造冊協助申請，該會不接受個案自行申請。

西湖實中 1150310



\*PVAA1156001707\*



- (三)補助以該會轉介至配合之大學眼鏡門市為優先，若無法至配合門市配鏡者，請致電該基金會告知審核小組原因，以利後續審核進行。聯絡電話：02-2711-4888。
- (四)符合之申請年齡為18歲以下，資格以高中職以下學生為主。
- (五)欲申請之學校請備妥所需資料，如說明段五，第（一）至（九）項，郵寄紙本文件至該會「護眼計畫審核小組」收，經審核通過補助資格，後續將有專人與個案家長聯繫並協助預約配鏡及請款流程。

#### 四、針對申請所需文件，說明如下：

- (一)申請所需文件：學校或社福機構單位之送件清冊。
- (二)個案個人申請表，一位個案需各寫一張，並請學校務必填寫「單位意見或審核說明」一欄。
- (三)新式戶口名簿影本或是一年內之有效戶籍謄本影本（記事不可省略）。
- (四)申請者之家庭低收、中低收入戶證明或家境清寒證明。
- (五)補助金發放之匯款帳戶存摺封面影本（以個案姓名之匯款帳戶為主）。
- (六)學校視力檢查表或個案自行至眼科診所、眼科醫療院所視力檢測不良之相關診斷資料。
- (七)基金會與大學光學集團合作護眼計畫配合門市之學生預約單。（以合作配鏡門市為主，請先填寫預約單並與其他資料一併送件至該會，若通過審核，將有專人與個案聯繫預約配鏡時間等事宜）。
- (八)蒐集、處理及利用個人資料告知暨同意書（同意將案例

故事化名放上官網分享及公開徵信)。

(九)申請者請親簽該會領據單送件申請。

(十)待配鏡完成取得發票後，請郵寄配鏡費用之發票正本至該會，待審核無誤後始得撥款，並請提供學子配鏡前、後生活及學習狀況照片，以便往後主管機關審核備查之需。

五、相關問題可洽財團法人台北市雨揚慈善基金會（電話：02-2711-4888）。請學校將申請需備文件彙整後，統一送件郵寄至「106070臺北市大安區忠孝東路4段60號12樓之1護眼審核小組收」。

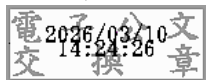
六、該基金會審核小組確認申請資料及身份資格後，會進行訪查、評估，審核通過將酌情補助金額（非發票全額），送件資料無論通過與否，皆不主動郵寄退件。

七、申請文件可至該該會官網「下載專區」下載最新【弱勢孩童護眼計畫申請表】之申請附件資料（<https://www.rswf.org/%E4%B8%8B%E8%BC%89%E5%B0%88%E5%8D%80>）。

八、檢附財團法人台北市雨揚慈善基金會文件資料1份。

正本：臺北市政府教育局所屬公私立各級學校

副本：



裝

訂

線



公文文號：1156001707

主旨：轉知財團法人台北市雨揚慈善基金會「點亮弱勢學子新視野」配戴近視眼鏡經費補助計畫，請查照。

★意見欄

1.西湖實中 各組室 約僱幹事(學務訓育.衛生及研發) 李威憲 送陳/會 115/03/10 16:20:40

擬辦：

- 一、來文悉知。
- 二、敬請依來文評估是否提出申請。
- 三、文陳閱後存查。



裝

訂

線