

財團法人啟源文教基金會
台大牙醫學部助學金申請辦法

中華民國九十八年七月十八日奉核公布實施

第一條、主旨：

財團法人啟源文教基金會(以下簡稱本會)為彰顯本會創會董事長張文魁教授生前視學生如己出之愛心，幫助經濟困難學生，順利完成學業，特設立本辦法。

第二條、獎助金額：

學生自申請獲准後，每名新台幣伍萬元整。

第三條、錄取名額：

本會得依據實際申請人數及狀況，提供適當的獎助名額。

第四條、申請資格：

凡品行良好、努力向學且無受大過處分之國立台灣大學牙醫學系學生，因經濟困難或家中突遭變故並於同學年內未領取其他獎學金者，均可申請。

第五條、申請時間：

每年申請一次，於9月15日起至10月15日(緊急變故者不在此限)。

第六條、申請繳交文件：

1. 導師推薦函。
2. 伍佰字以上親筆自傳。
3. 戶口名簿影本乙份。
4. 學業及操行成績單正本乙份。(一年級新生得免繳。)
5. 填具本會「台大牙醫學系助學金申請表」。(申請表格可於學校網站下載)

※註:以上文件除成績單外，如未達申請資格、資料文件不符、不齊全或無法辨識者，恕不受理且不另行通知。此外，本會保留申請核准之權利，除成績單正本之外，所有申請文件概不退還。(未錄取者成績單正本可向本會申請退還)

第八條、申請方式：

- 1.可於學校學務處向本基金會提出申請。
- 2.以掛號郵寄 104 台北市中山區新生北路一段 90 號 4 樓，財團法人啟源文教基金會收(信封外註明：申請台大牙醫學系助學金)或致電 0958-806-968 徐小姐洽詢。
- 3.緊急變故者，不受申請時間限制並可由導師提出申請。

第九條、審核：

- 1.每學年召開董事會，必要時得邀請台大牙醫學系教師參與審核。
- 2.經審核獲選之學生，本會將以專函通知並於每年 11 月底頒發之。

第十條、本辦法經本會董事會會議通過後實施，修正時亦同。

財團法人啟源文教基金會

『台大牙醫學系助學金』申請表

填表時間： 年 月 日

一、基本資料									
就讀學校					就讀班級				
學生姓名	性別	身份證號	出生日期	電話					
				住家					
				手機					
家長姓名	關係	身份證號	出生日期	工作					
				手機					
地 址	通訊地址：□□□-□□								
	戶籍地址：□□□-□□								
二、家庭成員概況 (含父母、同居之祖父母、兄弟姐妹)									
稱謂	姓名	年齡	婚姻	職業	健康狀況			目前就業或就學狀況 如：做何工作或就讀何校	收入金額 (每月)
					正常	疾病	殘障		
三、是否為政府社會局所列低收入戶？ <input type="checkbox"/> 是 濟助金額 _____ 元 <input type="checkbox"/> 否。									
四、是否接受政府其他機關濟助？ <input type="checkbox"/> 是 濟助機關：_____ 金額 _____ 元 <input type="checkbox"/> 否。 是否接受其他社福團體濟助？ <input type="checkbox"/> 是 濟助單位：_____ 金額 _____ 元 <input type="checkbox"/> 否。									
五、住屋狀況：_____ 坪 (___ 房 ___ 廳) <input type="checkbox"/> 自有 (房貸每月 _____ 元)、 <input type="checkbox"/> 配住、 <input type="checkbox"/> 租賃 (房租每月 _____ 元)、 <input type="checkbox"/> 借住 (與屋主關係 _____)、 <input type="checkbox"/> 違建。									
六、申請原因： (一) 負擔家計者： <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 棄家 <input type="checkbox"/> 經商失敗 <input type="checkbox"/> 老邁 <input type="checkbox"/> 酗酒 <input type="checkbox"/> 其他。 (二) 家庭成員： <input type="checkbox"/> 殘障 <input type="checkbox"/> 精神病患 <input type="checkbox"/> 久病不癒 <input type="checkbox"/> 失業。 (三) 家庭： <input type="checkbox"/> 遭意外災害 <input type="checkbox"/> 人口眾多 <input type="checkbox"/> 原即貧窮。									
七、本學年度未領取其他獎助學金： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否									
八、請繳付學校推薦函、學業操行成績單正本乙份、戶口名簿影本、自傳									
九、各項資料請據實填寫，如有虛報，除繳回所發之金額外，需負相關之責任。									
學生簽名：					家長簽名：				

審查意見： 通過 不通過

財團法人啟源文教基金會

『牙醫學系助學金』導師推薦函

謝謝師長於百忙中為您所推薦的學生填答以下問題：

一、學生姓名：_____；牙醫學系 _____年級

二、該生家境貧寒或突遭變故，應給予補助：是 否

三、該生求學態度認真、努力積極進取：是 否

四、該生品行良好，無不良嗜好或受懲處記錄：是 否

五、請簡述 您推薦這位同學的原因：

導師簽名：_____日期