

# 醫療財團法人羅許基金會 羅東博愛醫院獎助學金實施辦法

115年1月19日修訂

## 壹、宗旨：

本會為鼓勵設籍本縣家庭清寒或變故之高中(職)、大專在學學生，能本自助人助，努力不懈的奮進精神，完成教育，成為國家、社會有用之才，特訂定本辦法。

## 貳、助學對象及獎助學金金額：

### 一、高中(職)組：

(一)一般生：學生設籍宜蘭縣，於宜蘭縣內政府立案之公立高中職就學；每名10,000元，共計20名。

(二)員工子女：學生於宜蘭縣內政府立案之公立高中職就學，且為本院正式員工之直系子女；每名10,000元，共計3名。

### 二、大專院校組：

(一)一般生：學生設籍宜蘭縣，且現就讀國內大學、二專及五專之專四、五年級；每名20,000元，共計15名。

(二)員工子女：學生現就讀國內大學、二專及五專之專四、五年級，且為本院正式員工之直系子女；每名20,000元，共計3名。

三、第一、二項所述「員工子女」資格，為本院正式任用正職員工之直系子女。

## 參、申請條件：

### 一、申請條件：

(一)因父、母親或主要經濟負擔者死亡、罹患重大傷病、失蹤、服刑、身障等情形或家庭遭遇重大災難者。

(二)單親、隔代教養、特殊境遇或扶養人口眾多等經濟較困頓家庭。

(三)學生最近一學期在校成績表現需全校、班級或系級排名前百分之四十或學期平均分數八十分以上，操行成績須達八十分以上。

### 二、申請文件：

(一)獎助學金申請書。

(二)在學證明或學生證影本(需蓋有申請時該學期註冊章)。

(三)近三個月內全戶戶籍謄本(需有記事欄)。

(四)學校推薦表。

(五)最近一學期成績單(需有班級或學校排名)。

若有其他佐證資料，亦請檢附。

三、本獎助學金之申請，高中(職)組每校以推薦五名參加選拔為原則，申請本院員工子女助學名額者毋需透過學校推薦送件，直接送件至本院進行審核；大專院校組不限名額，請自行送件，惟大專院校組若有特別情形者，新增之助學名額由本會審核決定。

四、惟年滿25歲(含)以上者、研究所以上學生、延修學生、軍警校學生、推廣教育學生、空中大學學生或在職進修學生皆不列入本辦法之助學對象。另每一家庭每次以入選一名為限。

五、員工子女助學名額，不影響其他申請者之原有名額配額，並由本會獨立審核決定。

六、若經審核符合助學對象之人數低於預計助學名額，該名額得以從缺。

肆、審核程序：

本會依本辦法之宗旨以公正、嚴謹方式審核申請案件，審核程序分為：

一、收件：檢視申請者應檢附之證明文件，證件未齊全者通知補件；不符資格者、申請書空白未填寫者，不予退件。

二、初審：由本院組成初審小組，確認申請情形及初步瞭解送件資料完整度。

三、複審：成立五人評審小組，由本會董事長任召集人、召集公正委員，秉持公平、公正原則評審。

伍、申請時間、頒發時間及頒發方式：

一、申請截止時間：(以郵戳為憑)

上半年為 115 年 03 月 25 日止。

下半年為 115 年 10 月 20 日止。

二、頒發時間及頒發方式：

(一)頒發時間：上半年為每年五月，下半年為每年十二月。

(二)頒發方式：本獎助學金於上述時間於頒獎典禮統一發放。

陸、附則：

本辦法經本會保留修改。

醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院-115 年度第 2 次獎助學金  
線上申請登錄連結：

<https://sites.google.com/view/pohai-scholarship>





為鼓勵縣籍家境清寒或變故之大專在學學生，  
能本自助助人努力不懈的求學精神，特提供獎助學金，  
勉勵設籍宜蘭的莘莘學子，  
勿因經濟因素而影響到求學之路。  
歡迎符合下列條件者踴躍申請。



# 115年 第2次 羅東博愛醫院 獎助學金 開始受理申請

## 助學對象

1. 學生設籍宜蘭縣，且現就讀國內大學、二專及五專之專四、專五年級在學學生。
2. 因父、母親或主要經濟負擔者死亡、罹患重大傷病、失蹤、服刑、身障等情形或家庭遭遇重大災難者。或者，單親、隔代教養、特殊境遇或扶養人口眾多等經濟較困頓家庭。
3. 學生最近一學期在校成績表現需全校、班級或系排名前百分之四十或學期平均分數八十分以上，操行成績須達八十分以上。

## 助學名額及金額

每學期15名，另增羅東博愛醫院員工子女特別名額3名，  
共計18名，每名獎助新台幣

**2萬元**

受理申請時間 即日起至 **115年10月20日** 止

預計 **11月30日** 於官網公佈申請結果

獎助學金典禮：**115年12月19日(六) 上午10:00**

## 報名方式



填寫線上申請表及推薦函表單，

線上登錄連結：<https://sites.google.com/view/pohai-scholarship>

於申請網站下載「115年度第2次獎學金申請聲明暨檢核表」，填寫完成後，  
請寄送到「26546宜蘭縣羅東鎮南昌街83號 羅東博愛醫院社工課收」，  
信封上請註明「申請羅東博愛醫院獎助學金」。

## 洽詢方式

承辦人 | 羅東博愛醫院社工課 廖佳瑩社工師

電子郵件 | [c073004@mail.pohai.org.tw](mailto:c073004@mail.pohai.org.tw)

電話 | 03-9543131轉1087

洽詢時間 | 週一至週五，上午8:00至12:00、下午13:30至17:30





# 醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院

## 115 年度第 2 次獎助學金 申請聲明暨文件檢核表

編號: -- (本會填寫)

☐公立高中職組 ☐公立高中職組-員工子女 ☐大專院校組 ☐大專院校組-員工子女 (\*請務必勾選欲申請組別)

|                   |                                                       |              |       |        |
|-------------------|-------------------------------------------------------|--------------|-------|--------|
| 姓名<br>(正楷字)       |                                                       | 出生日期         | 年 月 日 | 請貼兩吋相片 |
| 就讀學校              |                                                       | 系 級<br>(班 別) |       |        |
| 身份證字號             |                                                       | 電話           |       |        |
| ※申請「員工子女組」請填寫下方欄位 |                                                       |              |       |        |
| 員工姓名/關係           | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 | 博愛醫院<br>員工編號 |       |        |

### 應備文件檢核表(請確實完成檔案上傳)

| 必要/其他 | 應備文件                                                          | 完成上傳者打(✓) |
|-------|---------------------------------------------------------------|-----------|
| 【必要】  | 兩吋大頭證件照                                                       |           |
| 【必要】  | 在學證明或學生證影本(須蓋有申請時該學期註冊章)                                      |           |
| 【必要】  | 近三個月內全戶戶籍謄本(須有記事欄)                                            |           |
| 【必要】  | 最近一學期之成績單(須有排名)                                               |           |
| 【其他】  | 其他佐證資料(如:比賽成果資料、志願服務證明、低收入或中低收入證明、身心障礙證明(正、反面)、重大傷病證明、診斷證明書等) |           |

### 學校師長推薦聲明 ☐本人已完成線上師長推薦函，完成請打(✓)

推薦師長本人簽名: (此處需加蓋學校處室之戳記或關防)

|           |                                                                                                                                                         |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請人<br>聲明 | <p>1.本人保證上述所填各個事項及所附文件均為事實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果，若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額並自負一切法律責任。</p> <p>2.本人同意申請通過，可將獲獎訊息公佈於相關網站。</p> <p>申請人: (簽章) 家長或監護人: 未滿十八歲之學生 (簽章)</p> |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 備註 | <p>1. 線上申請登錄連結: <a href="https://sites.google.com/view/pohai-scholarship">https://sites.google.com/view/pohai-scholarship</a></p> <p>2. 本表請寄「26546 宜蘭縣羅東鎮南昌街 83 號 羅東博愛醫院社工課收」，信封上請註明「申請羅東博愛醫院獎助學金」。連絡電話: 03-9543131 轉 1087，聯絡人: 廖佳瑩社工師。</p> <p>3. 申請截止日: 115 年 10 月 20 日，以本表郵戳及線上完成申請登錄時間為憑，超過時間或資料不齊全者恕不受理。</p> <p>4. 本會預計於 115 年 11 月 30 日於官網公佈申請結果。獲獎者將以 E-mail 通知，請申請者確認所提供 E-mail 無誤；未獲獎者將不另行通知。</p> <p>5. 本表及上傳資料恕不退件，惟本基金會將尊重個人機密予以嚴格保密。</p> <p>6. 獎助學金典禮: 115 年 12 月 19 日(星期六)上午 10 時，獲獎者須出席。</p> <p>7. 高中職組以學校統一推薦送件為主，自行送件者恕不受理。符合羅東博愛醫院員工子女，且欲申請員工子女助學名額者，請自行送件，提醒仍需上傳師長推薦函。</p> |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

