



## 社團法人中華骨髓移植關懷協會

### 113年『愛相髓』獎助學金簡章

#### 壹、目的

愛火點燃至今，已有 30 餘年，為協助重大血液疾病病友或病友子女專心向學，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。

貳、主辦單位：社團法人中華骨髓移植關懷協會

參、承辦人：蔡社工

肆、電話：(02) 2874-8538 (週一至週五 09:00 至 17:00)

#### 伍、收件日期：

一、第一階段為 02 月 01 日至 03 月 29 日。

二、第二階段為 09 月 01 日至 09 月 30 日。

#### 陸、繳交方式 (逾期不受理)

一、親自至本會繳交。

二、郵寄以郵戳為憑。

(一) 收件者：社團法人中華骨髓移植關懷協會。

(二) 地址：112201 臺北市北投區石牌路二段 201 號。

#### 柒、申請項目

申請類別	名額	獎助金額
第一類 (國中以下及國小一年級(含)以上)	3	3,000 元
第二類 (高中職)	3	4,000 元
第三類 (大專研究所)	3	5,000 元

#### 捌、申請資格 (至少須符合第一點或第二點)

一、父母一方罹患血液重大疾病者或本人。

二、父母一方有進行自體或異體幹細胞移植者或本人。

三、112 學年度上下學期成績總平均達 60 分以上者為優先考量。

四、正在治療中或附有低收及中低收入戶、清寒證明者為優先考量。

#### 玖、申請方式

請至本會索取或官網 (<http://tbmtsa.org/>) 的表單下載處下載申請表單，填寫後，連同下列必備文件親送或掛號寄至 112201 臺北市北投區石牌路二段 201 號 社團法人中華骨髓移植關懷協會收，註明申請獎助學金。

#### 拾、注意事項

一、經書面審查後，申請者須配合本會電話訪談或家庭訪視。

二、本獎助學金「每戶以補助一名為限」。

三、若第一階段已有錄取者，則第二階段不能參加，須隔年再度申請。



## 社團法人中華骨髓移植關懷協會

四、第一階段（113年05月03日）與第二階段（113年11月08日）審核結果公佈於官網（<http://tbmtsa.org/>），並刊登於本會刊物。

五、所有申請文件，本會將妥善保存，不予寄還。

**拾壹、附件**（含申請表單及自傳）



社團法人中華骨髓移植關懷協會

113年『愛相髓』獎助學金申請表

申請學生身份： <input type="checkbox"/> 首次申請 <input type="checkbox"/> 曾於民國____年獲得本會獎助學金，共____次。（以下欄位均必填）							
病友姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	(民國) 年 月 日		
身分證字號		市話		手機			
與學生關係	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 本人						
通訊地址							
e-mail	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：						
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			
疾病名稱	診斷： 確診日期：(民國) 年 月 日			就診醫院			
治療方式 (可複選)	<input type="checkbox"/> 標靶治療(口服或注射) <input type="checkbox"/> 化學治療 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 高劑量化學治療合併自體(自己)周邊血幹細胞移植，日期：(民國) 年 月 日。 <input type="checkbox"/> 高劑量化學治療合併異體(他人)周邊血幹細胞移植，日期：(民國) 年 月 日。 <input type="checkbox"/> 其他：						
病友身體狀況	重大傷病卡： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，第____類，障礙等級____						
同住家庭成員(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
父親							
母親							
學生本人							
申請學生資料							
申請學生姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	(民國) 年 月 日		
身分證字號		市話		手機			
就讀學校	學校名稱：			(學生一吋照片黏貼處)			
	科系：						
	學制/年級：						
e-mail							



## 社團法人中華骨髓移植關懷協會

通訊地址					
申請類別	<input type="checkbox"/> 第一類：國中以下及國小一年級（含）以上，每人獎助金額 3000 元。 <input type="checkbox"/> 第二類：高中職，每人獎助金額 4000 元。 <input type="checkbox"/> 第三類：大專研究所，每人獎助金額 5000 元。				
應附文件（請依編號排列後寄出）					
必備： <input type="checkbox"/> 1.113 年『愛相髓』獎助學金申請表正本（須黏貼學生一吋照片） <input type="checkbox"/> 2.病友診斷證明書 <input type="checkbox"/> 3.戶籍謄本影本 <input type="checkbox"/> 4.112 學年度上下學期成績單影本 <input type="checkbox"/> 5.在學證明 <input type="checkbox"/> 6.申請者匯款帳號存摺影本 <input type="checkbox"/> 7.自傳（國小免附） 輔助： <input type="checkbox"/> 8.中低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 9.低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 10.清寒證明 <input type="checkbox"/> 11.其他：（如獎狀）					
1.本人充分瞭解 113 年『愛相髓』獎助學金之申請內容，並同意授權社團法人中華骨髓移植關懷協會業務需求運用個人資料作為後續關懷服務追蹤之使用。 2.本人切結上述所填寫與所附申請資料均屬實無作假。 備註：若申請學生年紀尚小，無法簽名，由父母（代理人）親簽。 <div style="text-align: right;">             申請學生：_____（親簽）              申請日期：（民國）113 年     月     日           </div>					
審核簽章及批示					
協會社工		秘書長		理事長	



社團法人中華骨髓移植關懷協會

自傳

專長/興趣	
獲得獎學金後用途 (100 字以上)	
自己對未來的期許 (100 字以上)	