財團法人華科事業群慈善基金會

大專聽障生課程聽打員經費補助申請辦法

1. 因各大專院校補助聽障學生免費課程聽打員時數不同，為協助補充課程聽打員時數經費不足之需求，特定此辦法。
2. 申請對象：持有有效期限之身心障礙證明或各校有效期限之鑑輔會證明，障礙類別屬聽語障或併聽語障之多重障礙者，由個人或各校資源教室教師協助提出申請。
3. 補助金額：每人每學期補助最高54小時，核準時數依申請人數增減。
4. 申請時間：大專院校每學期開學後1個月內，逾時不予受理。
5. 申請方式：
6. 填寫申請表。
7. 以電子郵件或郵寄方式送至本會。
8. 應附資料：申請表、學生證正反面影本（須蓋有當學期註冊章方為有效；若無當學期註冊章、註冊章模糊無法辨識或免蓋註冊章之學生證，請附當學期「在學證明」）、身心障礙證明正反面影本或各校鑑輔會證明影本、選課清單、個人資料使用同意書。
9. 如已有配合聽打員，請附聽打員：身分證正反面影本、匯款帳戶存簿封面影本、聯絡資訊（手機及電子郵件）。
10. 本會將以電子郵件回覆申請結果。
11. 其他配合事項：
12. 申請服務後，請準時出席。申請人若臨時取消或變更服務時間時，應於原申請服務日前1個工作天，以電話或電子郵件通知聽打員。
13. 倘聽打員依核定到達服務現場，而受服務者未到場，等候15分鐘後即可離場。
14. 受服務者於受補助期間參與志願服務1次；學期結束後，繳交服務證明。
15. 受服務者填報「財團法人華科事業群慈善基金會 聽打員出席記錄表」；課程進行中，聽打員進行聽打服務照片。
16. 學期結束後，受服務者繳交學習心得（100－200字）分享，及學期成績單影本。
17. 若申請人未依前揭規定辦理申請、取消、變更或繳回表件等情形，將就其日後申請案酌予考量；若情節嚴重者，當年度不得再申請服務。
18. 本會聯絡資訊：
19. 聯絡人：華科事業群慈善基金會王主任。
20. 電話：02-8911-1311。
21. 地址：新北市新店區民權路48-3號4樓。
22. 受理申請電子郵件信箱：[contact@psa.org.tw](mailto:contact@psa.org.tw)。
23. 本辦法公佈及相關表格公佈於本會網站：http://www.psa.org.tw/services-2/hear/subsidy\_scholarship/subsidy-1/。

財團法人華科事業群慈善基金會

大專聽障生課程聽打員經費補助申請表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請人/單位 |  | 學年度 | 學年度 第 學期 |
| 申請人電話 |  | 學校 |  |
| 學生姓名 |  | 系所 |  |
| 電話 |  | 年級 |  |
| E-mail |  | 學號 |  |
| 申請課程 |  | 上課時間 | 星期 ： － ： |
| 需求時數 |  | 上課地點 |  |
| 是否已有合作  聽打員 | □有，請填寫以下資訊。  □無，由本會媒合聽打員，若無合適聽打員本申請案自動失效。 | | |
| 聽打員姓名 |  | 系所/單位 |  |
| 身分證字號 |  | 電話 |  |
| 匯款帳戶 |  | E-mail |  |
| 戶籍地址 |  | | |
| 其他說明 |  | | |
| 申請人簽章 |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 華科事業群慈善基金會 審核 | |
| □審核通過，補助時數：\_\_\_\_\_小時。聽打員：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。 | |
| □審核未通過。說明： | |
| 審核結果以電子郵件通知申請人。 | |
| 承辦人 | 執行長審核簽章 |
|  |  |

**財團法人華科事業群慈善基金會 聽打員出席記錄表（112－2）**

| **學生姓名** | |  | | **學校/系所/年級** | | **/ /** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **補助時數** | | **小時** | | **申請科目** | |  | |
| **聽打員姓名** | |  | |  | |  | |
| **日期** | **時間** | | **時數** | | **聽打員簽名** | | **學生簽名** |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |