

財團法人愛盲基金會 函

地址：100 台北市忠孝西路一段 50 號 13 樓之 19
聯絡人：林思妤
電話：(02) 2361-6663 分機 8915
傳真：(02) 2375-3976
電子信箱：0590@tfb.org.tw

受文者：義興國小輔導室

發文日期：中華民國 112 年 7 月 17 日
發文字號：愛盲(全)字第 112108 號
速別：普通
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二

主旨：本會為辦理「112 年度清寒視障學生助學金」及「親友模擬視覺體驗服務」宣傳所需，惠請 貴單位協助轉知視障生，詳細資料如附件，請查照。

說明：

- 一、本會為照顧經濟弱勢之視障學生穩定就學，提供「清寒視障學生獎助學金」之申請，另為增進視障生及家屬日常相處品質，瞭解視障生的真實視界，辦理「親友視覺模擬體驗服務」，藉由量身製作的模擬眼鏡及活動設計，協助家屬進一步理解視障生在居家與就學需要，誠摯邀請 貴校符合資格之視障生踴躍申請。
- 二、檢附親友模擬視覺體驗服務簡章、助學金簡章及申請文件各乙份，其中「受補（獎）助、捐贈者資訊不公開聲明書」非必填文件，視申請者意願自行決定是否填寫。
- 三、相關助學金申請資訊歡迎至愛盲基金會網站-關於愛盲-最新消息-清寒視障學生助學金將開放申請-下載報名表電子檔。

正本：如行文單位

副本：財團法人愛盲基金會

董事長 黃克倫



各位老師您好：

愛盲基金會致力於為各年齡層的視障者提供生活重建服務，讓大眾理解視障者如何與明眼人一起生活，提升彼此相處品質，促進明盲共融的友善環境。

對視障家庭來說，一起過好生活不是件簡單的事；從室內光線強度的差異、物品擺放方式與定位、到閱讀資訊需要使用的輔助工具、與出外行動需要留意的事項等，哪些是視障者可以獨立完成，哪些又需要家人從旁協助，這些生活日常的互動，常常需要經過一段摸索的歷程。

親友模擬視覺體驗服務，就是因應上述的歷程，所發展出的體驗式服務。藉由製作模擬眼鏡，讓家屬配戴後進行日常活動，貼近視障者的生活樣貌，創造彼此溝通的機會。

曾來申請服務的宇紳，原先也很難說清楚自己視力的限制，在媽媽戴上模擬宇紳的眼鏡後，透過文具收納、衣物收納等活動，媽媽更清楚地理解了宇紳的需要，也讓宇紳跟媽媽能更聚焦討論相處上的具體協助內容，避免媽媽過多的擔心與照顧負擔。

關於更多的服務介紹請參考背頁說明，懇請老師協助將此資訊提供給有需要的家庭，若有疑問歡迎來電 (02)2361-6663 分機8708 傅社工。

愛盲基金會 敬上



宇紳與媽媽
的更多分享



一、什麼是親友模擬視覺體驗？

親友模擬視覺體驗，是讓親友體會視覺退化世界看出去是什麼景象，進而一起思考生活層面的需要與差異，搭建溝通的橋樑。此服務會依據不同視覺狀況，量身打造專屬的模擬眼鏡，並配戴模擬眼鏡來進行生活體驗，探索日常的各式情境，包含外出、購物、備餐等內容，過程中會邀請彼此分享當下的感受，討論相處上有哪些可以調整的地方。

二、服務內容

1. 對象：視障者及其親友皆可申請，每次服務1名視障者及1-2名親友。
2. 時間：因應個別需求，週一至週六白天皆可進行。體驗時長約3小時。
3. 地點：台北市中正區忠孝西路一段50號24樓之10。
4. 費用：免費。
5. 流程：
 - (1) 服務開場(20分鐘)：介紹工作人員、說明當日體驗流程。
 - (2) 低視能服務(20分鐘)：為視障者及親友做初步的視覺評估，以便量身製作相似視覺狀態的模擬眼鏡。
 - (3) 服務資訊分享(40分鐘)：影片分享(其他視障者及家屬的相處經驗)。
 - (4) 生活體驗(80分鐘)：在不同視力狀態下進行外出體驗、飲食體驗等。
 - (5) 心得分享(20分鐘)：心得回饋與討論。

三、預約事宜

1. 預約前的準備：確認親友及視障者本人都有意願參與本次體驗。
2. 預約窗口：請於平日上午九點到下午五點，致電本會北區資源中心，電話(02)2361-6663 分機8708傅社工、8930王社工。
3. 後續流程：
 - (1) 來電申請後，一週內社工將分別與視障者本人及親友進行電話訪談，了解彼此想處理的困擾、服務需求和期待，以視障者的生活現況去設計活動，並解答關於服務的任何疑問。
 - (2) 完成訪談後，工作團隊將依照個別需求設計體驗活動，預計三週至一個月左右後，展開服務體驗。

愛盲基金會
清寒視障學生助學金
申請簡章

為照顧經濟弱勢之視障學生穩定就學，本會提供「清寒視障學生獎助學金」之服務申請。若您或是身邊有符合以下申請資格的視障生，都歡迎可以協助轉發本申請簡章。

●申請對象

國籍為中華民國國民，領有身心障礙證明之視覺障礙者，並處於經濟弱勢的視障學生。

●申請資格

1. 家境清寒且持有縣市政府核發低收入或中低收入戶證明，或里長開立之清寒證明者，請於申請表描述家境清寒狀況。
2. 且學期成績平均七十分以上，且當年度未曾領取本會助學金補助者。
3. 非就讀一般標準學制者，將特案評估審核。

●應繳證件

1. 申請書
2. 身心障礙證明之視覺障礙正反面影本
3. 在學證明或學生證影本(需有最新學期註冊章)
4. 最新學期成績單影本
5. 低收入、中低收入戶證明，或清寒證明

●錄取名額

一年兩期，一期獎助 30 名視障生為原則，每名一期可補助 5000 元。

●收件時間

第一期：每年二月一日截至三月底(3/31)

第二期：每年八月一日截至九月底(9/30)

●錄取日程與規定

1. 收件截止以郵戳日期為憑
2. 以清寒程度為優先考量

詳細規定可洽詢窗口

愛盲基金會社工員 林思妤

電話(02)23616663 轉 8915

電子郵件 0590@tfb.org.tw

地址：台北市忠孝西路一段 50 號 13 樓之 19

財團法人愛盲基金會清寒視障學生助學金申請表

編號：

(由本會填寫)

一、填寫人資料					
填寫人姓名			填寫人單位		
申請日期	年	月	日	填寫人電話	
填寫人身份	☐ 本人 ☐ 家人，關係_____ ☐ 其他（請說明：_____）				
二、申請人資料					
申請人姓名			性別	☐ 男 ☐ 女	出生日期 年 月 日
障礙類別	1. ☐ 視障： ☐ 輕度 ☐ 中度 ☐ 重度 ☐ 極重度				
身份證字號			電話及手機		
就讀學校			就讀年級		
居住地址					
戶籍地址					
三、家庭經濟情況摘述：					
四、檢附文件：					
☐ 身心障礙證明正反面影本 ☐ 在學證明/學生證 影本 ☐ 學期成績單影本 ☐ 中低收入戶/低收入戶資格證明或清寒證明相關文件 ☐ 其他：_____					
五、審查機關結果(以下勿填，由審查機關填寫)：					
1. 資料審查： ☐ 符合，送入審查委員會。 ☐ 不符合，原因_____ 備註：_____					
2. 審核結果： ☐ 符合，核發助學金。 ☐ 不符合，原因_____ 備註：_____					
核准日期	年	月	日	發予金額	☐ 5000元 ☐ _____元
發給日期	年	月	日	領據號碼	
備註：若有任何疑問歡迎電洽本會承辦社工人員林小姐：(02) 2361-6663轉8915。					

個案資料使用聲明

* 我同意提供個人資料給予愛盲基金會於法定事項及視障服務中使用。

聲明者簽名：_____

聲 明 日 期：_____

個資使用聲明：

財團法人愛盲基金會向您蒐集之個人資料包含：個人姓名、公司名稱、工作職稱、公司或住家地址、電話、電子郵件地址等，得以直接或間接識別個人的相關資訊，將僅限使用於愛盲基金會合於營業登記項目或章程所載之目的事業，依公益勸募條例業務需要之客戶管理、募款及營業範圍內相關服務使用，並遵守「個人資料保護法」之規定妥善保護您的個人資訊。

另依據財團法人法第25條第3項第2款本會須主動公開「前一年度之接受補助、捐贈名單清冊及支付獎助、捐贈名單清冊，且僅公開其補助、捐贈者及受獎助、捐贈者之姓名或名稱及補（獎）助、捐贈金額。」

於此前提下，您同意愛盲基金會得於法律許可之範圍內處理及利用相關資料以提供資訊或服務，並得於愛盲基金會之營運地區向您提供服務活動資訊，但您仍可依法律規定之相關個人資訊權利主張如下事項：查詢、閱覽、複製、補充、更正、處理、利用及刪除，請於上班時間以電話或電子郵件向愛盲基金會聯繫。

電話：02-2361-6663；電郵：eyelove@tfb.org.tw。您亦可拒絕提供相關之個人資料，惟可能無法及時享有愛盲基金會提供之相關活動與獲取各項資訊之服務。

受補（獎）助、捐贈者資訊不公開聲明書

依據「財團法人法」第 25 條規定，除受補（獎）助、捐贈者事先表示反對外，財團法人愛盲基金會需主動公開受補（獎）助、捐贈者之姓名及金額。若您不希望公開您的姓名及金額，煩請填寫下列聲明書之資料，以便本會依法辦理。

本人特此聲明，不同意愛盲基金會公開本人之受補（獎）助、捐贈者訊息，包括姓名及金額等相關資訊。

致

財團法人愛盲基金會

立書人姓名：_____

身分證字號：_____

連絡電話：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

填寫後請傳真02-23753925或 mail 至 eyelove@tfb.org.tw，謝謝

***右側為會務使用請勿填寫

建檔日：

建檔人：

