

申請事由：

承辦老師： 承辦老師手機：

(請蓋職章及簽名)

檢附證明	☐ 在學證明 ☐ 學期成績單 ☐ 中、低收入戶證明 ☐ 其它特殊文件
------	--

第2頁 共3頁

財團法人台中縣林賴足女士教育基金會
114學年度第二學期國小助學金申請書

學校審核：

此處蓋關防

校長： 承辦單位主任： 承辦老師：

中 華 民 國 年 月 日

注意事項:

1. 表格內每個項目請務必著實填寫完畢，申請書及相關文件，請在日期截止前郵寄至本基金會，以郵戳為憑。
2. 審核通過之單位，本基金會將發文至通過之學校，學校應於收到通知後10天內(以郵戳為憑)，將學校收據/領據、學校之存摺帳號影本寄至本會。逾期視同棄權。本會於收齊收據/領據、學校之存摺帳號影本後，將以匯款方式，匯入學校所提供之帳戶。

基金會地址:臺中市大里區夏元路6-6號

基金會電話:(04)2406-0306

基金會網址:linsfund.googlepages.com/

基金會審查結果

☐同意

☐待確認

基金會承辦人:

第3頁, 共3頁

個人資料告知義務履行說明書

一、蒐集單位及蒐集目的：財團法人台中縣林賴足女士教育基金會為提供各校或各校之學生補助申請，將在個人資料保護法及相關法令之規定下，依法蒐集、處理及利用申請人的個人資料。

二、蒐集個人資料類別：1.包括申請人之姓名、出生年月日、就讀之學校與班級、家庭成員姓名、住址、身分證字號及其他相關文件。2.申請學校之單位負責人及其連絡電話。

三、利用期間、地區、對象及方式：1.資料使用期間及保存期限為五年。2.資料使用地區為本基金會。3.資料使用目的為給付各項申請補助及相關政府之稅務申報。

四、財團法人台中縣林賴足女士教育基金會已明確告知申請人，依個人資料保護法第3條規定，得就上開個人資料向本基金會行文表示:(1)查詢或請求閱覽、(2)請求製給複

製本、(3)請求補充或更正、(4)請求停止蒐集、處理或利用、(5)請求刪除。

以上內容業經申請人閱畢，並明確了解。

中華民國 年 月 日

受告知人簽名：_____ (為負責老師或學生親簽)