

光田醫療社團法人光田綜合醫院捐贈仁德醫護管理專科學校 就學助學金實施辦法

中華民國 102 年 09 月 11 日制訂

中華民國 103 年 05 月 16 日修訂

中華民國 105 年 04 月 08 日修訂

中華民國 107 年 08 月 14 日修訂

中華民國 109 年 11 月 03 日修訂

中華民國 111 年 02 月 25 日修訂

- 第一條 宗旨：為培養優秀醫護人才及協助就學困難之在學學生與畢業就業，特設置本辦法。
- 第二條 對象：具學籍之護理科在學生。
- 第三條 名額：每學年 5 名。
- 第四條 助學金來源：由「光田醫療社團法人光田綜合醫院」(以下簡稱甲方)捐贈予「仁德醫護管理專科學校」(以下簡稱乙方)。
- 第五條 申請資格：下列條件皆需具備
- 一、護理科四年級或五年級之在學生。
 - 二、學業成績：申請當時之前學年總成績 75 分(含)以上或基本護理學實習成績 80 分(含)以上。
 - 三、申請當時之前學年操行成績 80 分(含)以上，且不曾受小過以上之處分。
 - 四、以弱勢家庭為優先考量。
- 第六條 保障名額：設置原住民保障名額，額度至少一名，由審查小組審核議定之；原住民保障名額之學業成績為前學年總成績 60 分(含)以上即可申請；原住民身分錄取者，於就學助學金合約期間，光田綜合醫院將提供免費(含宿舍、水、電)四人房之住宿。
- 第七條 申請方式：依公告期限內填具申請表及檢附規定表件至乙方業務承辦單位申請。
- 第八條 助學金評選：經由班導師推薦，並由乙方進行資格初審，再由甲方複審或面談後議定之。
- 第九條 補助助學金額：每人每學年 12 萬元整，最高補助 2 學年。
- 第十條 義務與責任：
- 一、助學金獲得者，如無特殊事由經甲方允許者，應選擇甲方(大甲院區)為學

程實習醫院。

- 二、助學金獲得者需如期畢業，並於畢業後三個月內至甲方指定院區(大甲院區)任職。
- 三、助學金獲得者之承諾服務年限，與領取助學金之年數相同。
- 四、助學金獲得者應於畢業次年九月三十日前取得護理師證書，未如期取得者逕以照顧服務員晉用(並依照照顧服務員敘薪)，待取得護理師證書後，始得轉任護理人員。
- 五、助學金獲得者任職期間待遇與福利完全比照甲方員工。

第十一條 其它：

- 一、助學金獲得者應於錄取名單公布二週內填寫回饋服務切結書，並辦理完成領款相關程序；未如期完成相關手續者視同自動棄權，得由後補者遞補之，不得異議。
- 二、助學金獲得者未如期畢業，依甲、乙雙方議定賠償方案，賠償金額不超過已領助學金之總額，助學金獲得者不得異議。
- 三、若於任職履約前發生懷孕事宜，為體恤妊娠辛勞，則延後履約，並於生產2個月後擇期到任。
- 四、男同學因兵役問題，可於畢業後先行履約，待接獲入伍通知後，辦理兵役留職停薪(不計入履約期間，但仍享有勞保)，並於退伍後辦理復職繼續履約。
- 五、助學金獲得者，未至甲方任職或至甲方服務未滿應服務年限二分之一者，應賠償已獲得助學金之全額，並應於甲方通知後1個月內以現金方式賠償。
- 六、助學金獲得者至甲方服務滿二分之一但未滿應服務年限者，應賠償已獲得助學金之半額，並應於甲方通知後1個月內以現金方式賠償。
- 七、領取助學金者，須於履約期滿後始得申請在職進修；履約服務期間表現優異者，並得由甲方推薦至弘光科技大學(二技)護理系在職進修。
- 八、履約服務年限期滿，始得申請轉調院區，甲方得視需要予以協助與安排。
- 九、乙方應於學校網站中建置本就學助學金資訊並連結至甲方全球資訊網。
- 十、甲方保有未履行義務及賠償者之法律追訴權。

第十二條 本辦法經甲乙雙方討論通過後實施，修正時亦同。

捐贈仁德醫護管理專科學校就學助學金申請表

申請日期： 年 月 日

姓名		班 級	年 班	畢業學年	學年
學 號		出生日期	年 月 日	畢業年月	年 6 月
身分證號		連絡電話	(家)	(行動)	
戶籍地址					
租宿地址	(電話)				

前學年學業成績暨操行分數

三年級成績	學業	上學期	分	平均	分	四年級成績	學業	上學期	分	平均	分
		下學期	分					下學期	分		
	操行	上學期	分	平均	分		操行	上學期	分	平均	分
		下學期	分					下學期	分		

檢 附 文 件	<input type="checkbox"/> 自傳【電腦打字、A4 列印】-抬頭請註明班級、學號、姓名，再分段陳述 <input type="checkbox"/> 前學年成績證明正本乙份 <input type="checkbox"/> 其他 (<input type="checkbox"/> 中、低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 原住民身份-戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> _____) 是否辦理就學貸款： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
------------------	--

① 生活輔導組查核	③ 護理科主任審查
茲證明該生截至申請本助學金前，在校期間 <input type="checkbox"/> 未受小過以上之處分。 <input type="checkbox"/> 曾受小過以上之處分。 核章：	簽章：

② 導師推薦	④ 審查結果
請就下列項目簡要具體述明： ※學習： ※品性： ※生活言行： ※人際關係： 簽章：	核定日期： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 錄取(領取學年： 學年) <input type="checkbox"/> 備取 <input type="checkbox"/> 未錄取 核章：

* 請詳閱本項助學金實施辦法，填報此申請表者，視為同意實施辦法載述之內容。

領 據

茲收到 光田醫療社團法人光田綜合醫院 核發 112
學年度就學助學金新臺幣 壹拾貳 萬元正。

此據

領款人： (簽章)

身分證字號：

戶籍住址： 縣/市 鄉/鎮/市/區 村/里 鄰
路 段 巷 弄 號 樓

中 華 民 國 年 月 日

請浮貼身分證影本(正面)

請浮貼身分證影本(背面)

請浮貼存摺封面影本(正面)

(請提供相關資料，以資證明)

業)