

臺北醫學大學護理學院拇山護理育才計畫獎助學金發放辦法

104年3月6日系學生事務委員會新訂通過
105年12月14日護理學院院務會議修訂通過
106年12月15日護理學院院務會議修正通過
108年3月8日護理學院院務會議修正通過
108年10月17日護理學院院務會議修正通過
109年02月21日護理學院院務會議修正通過
110年02月26日護理學院院務會議修正通過
110年10月01日護理學院院務會議修正通過
111年01月27日學生事務會議新訂通過
111年06月23日護理學院院務會議修正通過
111年07月25日學生事務會議修正通過
113年01月08日護理學院院務會議修正通過
113年07月25日護理學院院務會議修正通過
113年07月29日學生事務會議修正通過

第一條 (目的)

護理學院(以下簡稱本學院)為協助經濟弱勢學生完成學業，並培育成為具備專業知識技能、人文關懷素養及國際競爭力的優質專業照護人員，以「臺北醫學大學拇山護理育才計畫」募款基金，提供經濟弱勢學生獎助學金，並訂立「臺北醫學大學護理學院拇山護理育才計畫獎助學金發放辦法」(以下簡稱本辦法)。

第二條 (獎助學金名額)

獎助學金名額依當年度本獎助學金之募款額度並擇優而定。

第三條 (申請條件)

申請條件，依下列(一)～(三)依序補助：

(一) 本國籍大學部學生：凡本學院具學籍(不含在職生)之本國籍大學部學生，符合政府機關列冊之低收入戶、中低收入戶資格、持弱勢助學，或有特殊情事之證明同學，且該學年度未領取其他獎助學金者。

(二) 外國學生：

1. 博士班在學助學金：

- (1) 申請者須為博士班三年級。
- (2) 學生於申請時未獲其它獎助學金補助。
- (3) 前一學年學業平均成績八十五(含)分以上者。

2. 博士班在學助學金每名學生僅以補助一次為限。

(三) 修讀雙聯學位之碩博班學生：本學院具學籍至盟校修讀雙聯學位並已完成申請教育部學海飛颺計畫之本國籍碩博班學生，且前一學年(期)學業平均成績八十五(含)分以上者，或114年8月13日(含)前至本學院修讀雙聯學位之外國學生(依護理學院2020年8月14日與印尼Universitas Gadjah Mada簽訂雙聯學位合約，合約於114年8月13日到期)。

第四條 (獎助學金金額及發放方式)

獎助學金金額及發放方式：

- (一) 本國籍大學部學生：每名每學年新台幣參萬元，並分別上、下學期發放；如有特殊情事得由審查委員另案討論。
- (二) 博士班外國學生在學獎助學金：補助博士班外國學生(三年級)每名每月新臺幣捌仟元整。每六個月核發一次，共核發十二個月整。
- (三) 修讀雙聯學位之碩博班學生：補助碩博班本國學生出國至盟校修讀雙聯學位每名每月新台幣捌仟元整或114年8月13日(含)前至本學院修讀碩博班雙聯學位之外國學生每名每月新台幣壹萬貳仟元整，每六個月核發一次，共核發十二個月整為原則。
- (四) 獲獎學生當年度未完成註冊、辦理保留入學資格、中途終止於本學院就讀(包含轉系、轉學離校、休學、退學等)、有行為不當有損校譽或未依境外研修作業要點下出國經查屬實者，其獎助學金之發放亦同時終止，不在台灣期間不予發放。受獎者經查申請過程若有偽造或不實之情事，撤銷其受獎資格，已領取之獎學金應予繳回。
- (五) 獎助學金金額得視該年度募款情形而調整之。

第五條 (申請方式)

申請方式：申請人於每學年度10月1日至10月30日，備齊下列文件至護理學院提出申請：

(一) 本國籍大學部學生：

1. 申請表(如附件一)
2. 學生證正反面影本(已蓋註冊章)
3. 前學年成績單正本(一年級學生免繳)
4. 符合申請條件之相關證明。

(二) 博士班外國學生：

1. 申請表(如附件二)。

2. 研究計畫一份
3. 博士班成績單一份
4. 未獲其他獎助學金之切結書(附件三)。

(三) 修讀雙聯學位之碩博班學生：

1. 申請表(如附件一)
2. 學生證正反面影本(外國學生免繳)
3. 前學年成績單正本(外國學生、一年級學生免繳)
4. 就讀雙聯學位相關證明
5. 教育部學海飛颺計畫申請證明(外國學生免繳)
6. 符合申請條件之相關證明。

第六條 (拇山護理育才計畫獎助學金審查小組)

本辦法設拇山護理育才計畫獎助學金審查小組，置委員五至七人，各系所主管為當然委員，其他委員由院長自各學系、學位學程遴聘教師代表若干名。另指定其中一人為召集人。

第七條 (審核標準)

(一) 本國籍大學部學生：

1. 家庭經濟收入狀況(50%)
2. 學業成績(20%)
3. 其他獎助學金領取狀況(20%)
4. 學習歷程(10%)

(二) 博士班外國學生在學助學金：

1. 家庭經濟收入狀況(60%)
2. 博士班在學成績(30%)
3. 研究計畫書及學習歷程(10%)

(三) 修讀雙聯學位之本國籍碩博班學生：

1. 學業成績(30%)
2. 家庭經濟收入狀況及其他獎助學金領取狀況(40%)
3. 學習歷程(30%)

(四) 至本學院修讀碩博班雙聯學位之外國學生：

1. 家庭經濟收入狀況(40%)
2. 學士班或碩士班成績(30%)
3. 研究計畫書及學習歷程(30%)

第八條 (特殊情事)

如有特殊情事得以專案申請，由院長召開審查委員會另案討論。

第九條 (核發程序)

審定後，由學院通知獲領人並造冊核發。

第十條 (未盡事宜)

本辦法未盡事宜，應依本校相關規定辦理。

第十一條 (核決權限)

本辦法經院務會議通過，並送學生事務會議核定後公告施行，修訂時亦同。

臺北醫學大學護理學院拇山護理育才計畫獎助學金 申請表

學生姓名		學號	
身分證字號		年級	
聯絡電話	(H): (O):	手機	
學習歷程 (含修課、實習、工讀、社團、競賽、證照紀錄等)			
應檢附文件	<input type="checkbox"/> 申請表 <input type="checkbox"/> 學生證正反面影本 <input type="checkbox"/> 前學年成績單正本(一年級學生免繳)，附排名。 <input type="checkbox"/> 就讀雙聯學位相關證明(碩博士生) <input type="checkbox"/> 教育部學海飛颺計畫申請證明(碩博士生) <input type="checkbox"/> 符合申請條件之相關證明。		
導師/ 指導教授評語			
核定結果	<input type="checkbox"/> 通過 核定金額：_____	護理學院 院長簽核	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 不通過 年 月 日		

Application Form for Taipei Medical University College of Nursing Scholarship

Instructions

This application form should be typed and completed by the applicant. Each question must be answered clearly and completely. Detailed answers are required in order to make the most appropriate arrangements. If necessary, additional pages of the same size may be attached.

Personal Information

Name		Student ID Number	
Date of Birth	(dd/mm/yyyy)	Sex	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Email		Nationality	
Permanent Address		Telephone	
Mailing Address		Mobile	

Educational Background

Level	Institution	City, Country	Period of Enrollment
Secondary Education			
Undergraduate Education			
Graduate Education			

Previous Employment (Use one line for each position)

Position	Company/Organization	Period of Enrollment	Responsibilities

Declaration

I declare that the information I have given on this application is complete and accurate to the best of my knowledge.

Applicant's Signature:	Date: ____/____/____
------------------------	----------------------

Application Process

Advisor (Signature)	Date: ____/____/____
Administrative Faculty (Signature)	Date: ____/____/____
Chair, School of Nursing (Signature)	Date: ____/____/____
Dean, College of Nursing (Signature)	Date: ____/____/____

【Officers Only】 Attachment Check List -----

- Admission letter approving Type C TMU International Student Scholarship
- A research proposal
- An official transcript from master's degree program
- International Ph.D. Student Scholarship Agreement Form

TMU College of Nursing, International Student Scholarship Agreement Form				
Name		Passport No.		Student ID No.
Institute and Year				Phone Number
Address				
Required Document	Copy of the Account			
READ CAREFULLY				
<p>By signing this agreement, the student acknowledges that the offer of International Ph.D. Student Scholarship (shown in detail on International Ph.D. Student Scholarship Regulations) for the _____(yyyy) academic year. The student understands and agrees that the funding is to be used for educated related expense at TMU, College of Nursing, School of Nursing. Additionally, the student agrees to abide by the following requirements/terms:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. I understand that I must submit all required documents to the administration office of College of Nursing before my scholarship fund disburse to my bank account. 2. I understand that the scholarship funds are <u>adjustable</u>. 3. I understand that the duration of the scholarship is <u>one year</u>. 4. I understand that by accepting the scholarship, I must decline any grant-based aid from other resources, including federal, state, University College and institution. 5. I understand that I have the right to decline any specific scholarship award, and that by doing so, I am financially responsible for any remaining balance owed to TMU College of Nursing, School of Nursing. 6. I understand that <u>I am obligated to return the funds to TMU College of Nursing, School of Nursing if I violate the previous requirements/terms or do not qualify for the scholarship.</u> 7. I understand the terms contained herein are contractual and not a mere recital; that I have read this Agreement with full knowledge of its significance; and I have signed this Agreement at my own free will. 				
STUDENT NAME (PRINT): _____				
STUDENT ID: _____				
STUDENT SIGNATURE: _____				

DATE: _____

以下欄位由承辦單位填寫

初 審
意 見

承辦人：

系所主管：

院長：

符合申請資格

未符合申請資格