

# 高雄醫學大學起飛計畫需求申請表

## KMU Learning Guidance Program for Disadvantaged Student Requirements Application

申請日期(Date)：\_\_\_\_\_年(Y)\_\_\_\_\_月(M)\_\_\_\_\_日(D)

學生基本資料 Student Personal Profiles			
姓名： (Name)	系級： (Department & Grade)	學號： (Student ID Number)	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (Gender) male female
連絡電話： (Contact Phone Number)		E-mail：	
聯絡地址(Address)：			
主要問題概述 Problems			
◎請簡單描述個人現況（含家庭、學業、健康狀況概述） Please describe your current situation (family status, academic performance, health status, etc.)			
◎請填寫具體需求 Please describe your specific requirements.			
希望協助事項 Requirements			
<input type="checkbox"/> 學習協助 Learning Assistance Services（課業輔導、實習輔導、證照考試輔導）			
<input type="checkbox"/> 身心協助 Health/Psychological Counseling Services（健康照護、心理輔導諮商）			
<input type="checkbox"/> 夢想協助 Internship Abroad, International Volunteers, International Conferences, etc（海外見實習、國際會議、國際志工、服務性社團）			
<input type="checkbox"/> 就業協助 Career Counseling Services（職涯輔導、就業諮詢與媒合）			
<input type="checkbox"/> 生活協助 Part-time-work Opportunities, Subsidies, Scholarships, Emergency Fund, etc（工讀機會、弱勢學生獎助學金、愛心餐卷、緊急紓困金）			
<input type="checkbox"/> 環境協助 Equipment Loan, Facilities Improvement, etc（器具借用、學習輔具借用、設施改善）			
<input type="checkbox"/> 其他_____			

【備註】

※起飛計畫協助同學身分別：低收入戶學生、中低收入戶學生、特殊境遇家庭子女或孫子女、原住民生、身心障礙學生及其子女、符合申請教育部大專校院弱勢學生助學計畫條件之學生、新移民及其子女。

This application is for: Low-income Students, Middle-low-income Students, Students in Hardship, Indigenous Students, Disabled Students, Disadvantaged Student who is applied to Ministry of Education Grant, New Immigrants and their Children.

※本表第一頁將以密件方式 e-mail 會辦至相關處室及導師。

This application will be sent as confidential letter to the related units and the tutor.

※本表不敷使用時，請上網下載或自行複印，下載路徑：學務處首頁→起飛計畫－弱勢學生守護網→高雄醫學大學起飛計畫輔導申請表

This form can be downloaded from: Homepage of OSA→Learning Counseling Program – Disadvantaged Students Guardian→KMU Learning Counseling Program for Disadvantaged Student Requirements Application

※本表僅為起飛計畫輔導使用，不得作為其他使用。This form is only used for Learning Counseling Program.

同意書

1. 蒐集機關名稱：高雄醫學大學
  2. 蒐集目的：提供弱勢學生學習輔導協助。法定之特定目的為：158 學生資料管理。
  3. 蒐集個人資料類別：識別類(C001)、特徵類(C011)、家庭情形(C023)、教育、考選、技術或其他專業(C051)、健康與其他(C111)。
  4. 利用期間、地區、對象及方式：(1)本校將於台灣地區(包括澎湖、金門及馬祖等地區)利用您的個人資料；利用期間為 2 學年度。(2)利用方式及對象：本校將於上述期間利用您的個人資料進行各項聯繫及通知(電子郵件、電話)，並交相關單位於上述期間利用您的個人資料進行各項聯繫。
  5. 本校依循個人資料保護法及相關規範要求，提供當事人針對其個人資料行使以下權利：(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、處理或利用及請求刪除。本校未經您同意的情形下，不會將您的個人資料揭露於與本次活動無關之第三人或非上述目的以外之用途。
- 經學校向本人告知上開事項，本人已清楚瞭解學校蒐集、處理或利用本人個人資料之目的及用途，並同意學校於上開告知事項 1~4 範圍內，得蒐集、處理及利用本人資料。 簽名： \_\_\_\_\_

審 查 意 見 欄

審查 結果 Feedback			
建議 Advice	會辦至 Proceed to	<input type="checkbox"/> 學務處 Office of Student Affairs _____ 組 <input type="checkbox"/> 教務處 Office of Academic Affairs _____ 組 <input type="checkbox"/> 國際處 Office of Global Affairs <input type="checkbox"/> 其他 Others _____	
承辦單位 Undertaking Unit	會辦單位 Processing Unit	主管決行 Approval	