

仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院護理系學生獎助學金實施辦法

第一條 補助目的

培養優秀護理系學生能順利完成學業，投入本院護理職場，增進本院護理人力來源。

第二條 申請對象與資格

- 一、凡護理系(含學士後護理系)、高齡暨健康照護管理學系(需具護理專業證照)學生符合各項成績規定者，均可提出申請(申請表如附表一)；惟以具護理專業證照、中低(含)以下收入戶及原住民優先列入補助對象；每學年申請人數以本院核定員額為原則。
- 二、在學各項成績符合以下規定：
 - (一) 學業成績達70分及實習各科成績達75分(未實習者免附)。
 - (二) 操行成績達75分(或甲等)，且無記過(警告含以上)處分記錄者。
 - (三) 新生一入學即申請者免附以上資料。
 - (四) 經學校推薦。

第三條 獎助款項及額度

- 一、獎助金額：各項成績依獎助條件及申請年限予以核發；每學期獎助6萬元，一學年獎助12萬元，以此類推。

補助條件			獎助金額
學業成績	實(選)習成績	操行成績	
學期平均達 75 分(含)以上，且各科及格	學期平均達 80 分(含)以上，且各科不得低於 75 分	學期達 80 分(甲等)以上，且無記過(警告含以上)處分記錄者	每學期 6 萬元
學期平均達 70-75 分以下，且各科及格	學期平均達 75 分-80 分以下，且各科不得低於 70 分	學期達 75-80 分以下，且無記過(警告含以上)處分記錄者	每學期 5 萬元
學期平均未達 70 分	學期平均未達 75 分	學期 75 分以下，或有記過處分記錄者	不予補助

註：已領取獎助金者，如某學期成績未達獎助條件時，其服務年限以實際受領獎助之學期數計算，一學期以服務 6 個月計算(不含培訓期 3 個月)。

- 二、獎助年限：依該學制修業年限為上限，最少可申請獎助1年。
- 三、家庭年所得符合教育部就學貸款之中低(含)以下收入戶者，檢附相關證明文件，得以申請補助住宿費用(依校方提供之基本宿舍等級為原則)。

第四條 權利義務

- 一、凡受領本院獎助學金之公費生，應於當年度畢業後，依分發至仁愛醫療醫院服務。履行服務期限依受獎助年限1：1履行，如領取壹學年獎助金者，需服務壹年；領取貳學年獎助金者，須服務貳年，以此類推；履約期限不含培訓期三個月，履約期間如留職停薪者，留職期間不計入服務日數，並同意依留職停薪日數自動遞延服務期限。
- 二、公費生畢業後，應配合本院業務需要及時間，至本院安排之院區護理部管轄單位履行服務義務，不得以任何理由申請延後，否則視同違約；履

約期間服務單位以急診、手術室、產房、嬰兒室、各專科之一般病房(含護理之家)與各專科加護病房等臨床業務單位之全時人員為限。

第五條 申請方式

- 一、申請文件：備齊「成績單正本」、「護理公費生獎助學金申請表」及「獎助學金合約書」等文件後，向校方經辦單位提出申請；並由校方造冊送交本院。
- 二、獎助金申請時機：每年10/31前，由校方出具學生申請名冊、前一學年成績證明文件及請款收據，逕向本院提出申請。
- 三、審核流程：經校方依本院獎助條件進行審核通過後，送交本院進行複審，複審結果由本院統一以書面通知校方。

第六條 違約還款

- 一、公費生在學期間，因故中途休學、遭受退學處分或中止護理公費獎助學金合約者，應於離校前中止本合約，並將接受本院提供之獎助學金一次全部償還。
- 二、公費生畢業到任後，未完成應履行服務期限者，應按未履行服務期限佔應履行服務期限比例(以日計，無息)，於離職前償還在學期間之獎助學金。
- 三、公費生畢業後，至本院履行服務合約時，如未符合訓練標準者，將中止護理公費獎助學金合約，且需辦理離職，並將已受領之獎助學金一次全部償還。

第七條 其他配合事項

- 一、校方應於產學合作合約生效後，依本院指定之期限內，將公費生之名冊及『護理公費生獎助學金合約書』送交院方審查備存。
- 二、校方應就護理公費生就學期間之學業及行為表現，善盡指導及督導責任；如有中途休學、遭受退學處分或中止合約者，校方應立即為必要之處理並通知院方；並在公費學生離校前，協助其完成補助金全額償還院方之手續。
- 三、公費生畢業前，校方應依院方規定提供學生就學期間之各項學習成績，並協助院方完成畢業後履行就業服務之分發作業；且公費生導師需提供院方公費生在學整體表現之評核記錄(如附表二)。

(附表一)

仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院獎助學金申請表

填寫流程：一式一聯，依申請時機，由學生自行填寫，備妥相關文件送交審核。

學 校	<input type="checkbox"/> _____科大護理系 <input type="checkbox"/> _____大學護理系		
學 制	<input type="checkbox"/> 大學部 <input type="checkbox"/> 學士後 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 二技 <input type="checkbox"/> 研究所(碩士)		
科 系	<input type="checkbox"/> 護理系 <input type="checkbox"/> 學士後護理理系 <input type="checkbox"/> 高齡暨健康照護管理系		
班 級	年 班 座號	學 號	
姓 名	身分證字號		
戶 籍 地 址			
電 話	本人手機: _____ 家中電話: (____) _____		
E - M a i l			
宿 舍	舍 室	宿舍分機	(____) _____ 轉 _____
相關文件證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 護理師證照 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 原住民 ※具上述資格者，請檢附相關證明文件影印本		
獎助年限	<input type="checkbox"/> 申請一學年(服務一年) <input type="checkbox"/> 申請二學年(服務二年) <input type="checkbox"/> 申請三學年(服務三年) <input type="checkbox"/> 申請四學年(服務四年)		
服務院區意願	<input type="checkbox"/> 仁愛院區(含台中)		
健康狀況	疾病史，請據實告知，如有任何隱瞞，同意 貴法人取消本人公費資格並繳回所有獎助學金 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請具體陳述： _____		
本人確認獎助學金申請相關表單填寫資料無誤，且同意校方與 貴法人應用上述資料於公費生申請、審核等相關作業，且知悉可依個人資料保護法之規定，就所提供之個人資料向 貴法人人事單位申請、行使之權利包含(一)查詢或請求閱覽、(二)請求製給複製本、(三)請求補充或更正、(四)請求停止蒐集、處理、利用、(五)請求刪除。但 貴法人基於公費申請、審核目的及個人資料保護法之規定，保有准駁該申請之權。 簽名：_____ 年____月____日			
初 審 項 目	<input type="checkbox"/> 符合評選標準 <input type="checkbox"/> 文件齊備	承 辦 單 位	

(附表五)

護理公費生考核表

壹、學生基本資料：(學生自行填寫)

姓名		身分證 字號		出生 日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
學歷	<input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 二技			兵役	<input type="checkbox"/> 役畢 <input type="checkbox"/> 免役 <input type="checkbox"/> 待役		照片黏貼處 (二吋半 身)	
畢業學校	學校 系 民國 年 月 <input type="checkbox"/> 日間部 <input type="checkbox"/> 進修部 畢業							
專業證照	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 護理師第 號 <input type="checkbox"/> 其他							
特殊證照	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> BLS <input type="checkbox"/> ACLS/ANLA <input type="checkbox"/> ETTC <input type="checkbox"/> ICU Training <input type="checkbox"/> 英檢 級 <input type="checkbox"/> 其他(請具體說明)：							
戶籍地址							電話	
目前通訊地址							電話	
							手機	
E-Mail								
原住民身分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 平地原住民 <input type="checkbox"/> 山地原住民			具身心障礙身分者		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____		
家庭狀況	稱謂	姓名	年齡	職業	稱謂	姓名	年齡	職業
	家庭人數：計 人，其中就業 人，本人是否須協助負擔家計 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
功過獎懲 事蹟	(請具體陳述)							
特殊才能	(請具體陳述)							
健康狀況	有無疾病史；請據實告知，如有任何隱瞞，同意 貴院取消本人公費資格，並願繳回所有獎助學金。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請具體陳述：							
服務院區 意願	<input type="checkbox"/> 仁愛院區(含台中)							
服務科別	※按優先順序填寫您有意願的服務科別(至少需填寫三個意願) 1. 、2. 、3. 、4. 、5.							
過去工作經驗	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有；請詳填寫 服務醫院別： 服務科別： ；起迄日期： ~ 服務醫院別： 服務科別： ；起迄日期： ~ 服務醫院別： 服務科別： ；起迄日期： ~							

*我_____ (學生姓名) 秉持誠信原則填報上述資料，並同意仁愛醫療財團法人大里仁愛醫院可使用上述所有個人資料人事任用相關作業；如有不實願接受解職處分，並償還所有已接受之獎助學金。

填寫時機：學生畢業當年度
填寫流程：一式一聯；由學生自行填寫「壹、基本資料」後，交由導師填寫完成「貳、考核記錄」，並以信封彌封交付本院。

(續下頁)

貳、考核記錄：(請導師填寫)

一、綜合考評：就您對該生的了解，請依下列各項能力予以客觀考核(請以「V」方式表示)

各項能力/評分等級	優	良	普通	待加強	請具體說明
品德/操性					
專業知識與技能					
專業認同與投入					
學習能力					
領導能力					
書面書寫能力					
服務熱忱					
創造力					
溝通表達能力					
問題解決能力					
團隊合作能力					
人際關係					
情緒管理					

二、人格特質：就您所認識該學生客觀認為他/她屬何種人格特性？

- ☐ 實際型：害羞、內向、在社交場合覺得不自在、誠實、穩定踏實
- ☐ 研究型：分析力強喜歡思考、富好奇心、獨立、富創意
- ☐ 社交型：善社交、和藹、親切、合群、善解人意、喜歡幫助他人
- ☐ 傳統型：服從、講求效率及實際、缺乏彈性及想像力
- ☐ 企業型：自信、富有野心、精力充沛、支配慾強
- ☐ 藝術型：富想像力、不具條理性、理想化、情緒化、較不切實際

三、特殊貢獻或具體表現說明：

--

四、健康狀況：(如身、心健康狀況請具體陳述)

--

導師簽名：_____