

正本

檔 號:

保存年限:

財團法人佛光山慈悲社會福利基金會 函

地址：高雄市前金區七賢二路 426 號 8F-2

承辦人：吳慧玲

電話：07-2911237

傳真：07-2618057

Email: wumeg59@ecp.fgs.org.tw

受文者：嘉義縣政府教育處

發文日期：中華民國 106 年 1 月 16 日

發文字號：佛慈字第 20170001 號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：本會擬辦理之「106 年度有愛有鏡、看見未來-清寒學生免費配鏡助學計畫」活動，請 查照。

說明：

- 一、 惠請 貴單位協助宣導本會辦理之 106 年度「有愛有鏡、看見未來」-清寒學生免費配鏡助學計畫」活動。
- 二、 受理申請時間：即日起至 106 年 3 月 8 日(三)止。
- 三、 隨函檢附相關資料。
- 四、 專案承辦人：

佛光山慈悲基金會 吳慧玲社工員 電話：07-2911237 分機 203

佛光山雲水醫療隊 如蓮法師 聯絡電話 0927-098015

正本：嘉義縣政府教育處

副本：佛光山圓福寺

董事長 吳素梅

106 年度『有愛有鏡·看見未來』-清寒學生免費配鏡助學計畫

前言：

嘉義縣在地醫療資源取得不易，且本縣市青壯年人口外移、既有人口結構老化，繼而衍生隔代、單親家庭等問題，影響本縣市學生健康促進之落實。本縣市除既有醫療資源不足之弱勢外，另家長經濟條件不佳無法帶學童就醫並給予矯治，亦為影響學童健康及學習之要因。期能藉由本計畫改善清寒弱勢學生視力不良之困境。

壹、實施依據：

依據本會 106 年度專案實施計畫辦理。

貳、實施目的：

- 1、增加視力不良之學生複檢率。
- 2、改善清寒弱勢學生視力不良而無法配鏡矯治之困境
- 3、篩檢高度近視、眼部疾病之個案。
- 4、提高近視學生學習效果。
- 5、減輕家庭經濟資源受限之家長負擔。

參、辦理單位：

- 1、指導單位：佛光山 嘉義縣政府
- 2、主辦單位：嘉義縣政府教育處、佛光山圓福寺、佛光山慈悲社會福利基金會。
- 3、承辦單位：佛光山雲水醫療隊。
- 4、協辦單位：國際佛光會中華總會雲水分會及嘉義區督導委員會及各分會。

肆、辦理期程：

106 年 1 月至 106 年 6 月。

伍、辦理對象：

設籍本縣市，經戶籍所在地鄉(鎮、市、區)公所依社會救助法規定審核認定及證明低(中低)收入戶或領有校方開立之證明文件，佐證個案為家境清寒需外界支助且在校之學生。

- (1) 第一類：低收入戶之學生。

(2) 第二類：中低收入戶之學生。

(3) 第三類：由校方開立之證明文件，佐證家境清寒需外界支助之學生(附件二)

陸、 辦理方式：

1、請學校依據一、四、七年級健康檢查及學校自主檢查其他年級學生之視力初篩檢查結果(列出視力異常學生初篩名單)，並請學校針對異常學生名單再次進行複篩後，於106年3月1日前冊列異常學生名單，如附件一【裸視及矯正視力0.5(含)以下】提報本府教育處(配鏡需求仍因人而異，請各校校護初步評估是否有需求，異常度數僅為參考依據)。

✓ 2、配鏡當日有眼科醫師及驗光師駐點服務，辦理視力檢查、驗光及免費配鏡服務，請學校帶備學童視力檢查回條，以利醫師簽章。

✓ 3、配鏡之交通往返，由本府教育處與學校溝通協調支援載送鏡之學生往返。配鏡巡迴地點及時間則另函通知。

4、當日學生若因特殊狀況無法配合檢查，將由醫師轉診至醫院做後續檢查。

✓ 5、請於提報視力異常名單送交本府教育局時，請各學校提供至少1位聯絡人及聯絡電話，接續流程則由本府教育局承辦人員與財團法人佛光山慈悲社會福利基金承辦人員進行後續行政作業事宜。

柒、 流程圖

學校端提報視力異常學生名單【裸視及矯正視力0.5(含)以下】→→縣府教育局核定→→配鏡當日(日程另訂)由縣府教育局/學校端協助載送學生至指定地點→→眼科醫師團隊檢查是否符合配鏡需求→→當場配鏡→→領取眼鏡(另訂日期(製作時間約為三星期))。

捌、 預期成效：

落實追蹤視力篩檢異常之學童的複檢與矯治措施，提高本縣學生視力不良就醫率及矯治率，以減緩視力惡化，增進學生學習效果。

嘉義縣106年度視力不良清寒學生免費配鏡助學計畫申請名冊(範例)

編號	鄉鎮	學校	班級	姓名	性別	視力不良		屈光狀態及度數		類別	第一類：低收入戶 第二類：中低收入戶 第三類：學校開立證明
						左	右	左	右		
1	梅山區	梅山國中	312	蔡小虎	男	0.2	-0.1	(0.4)-150	(0.5)-300	2	
2											
3											
4											
5											
6											
7											

學校承辦人員：

連絡電話：(學校)
(手機)

嘉義縣 國民中小學					
辦理 106 年度免費配鏡計畫清貧學童證明書					
姓名		班級	年 班	出生年 月 日	年 月 日
家長簽章 (請詳閱免費配鏡說明，若同意請於右方簽章)		免費配鏡說明：由於鏡片(架)依材質等因素有價格上的差異，故免費配鏡需依本會所提供之標準鏡片(架)配置， <u>苗栗縣政府及學校僅就協助學生提供免費配鏡管道，如學生或家長有自費升級配置鏡片(架)情形屬個人行為，與苗栗縣政府及學校無關。</u>			
家庭現況描述					
(請導師填寫，30 字以上)					
導師簽章		(請導師簽名或蓋職章)			
上述家庭現況與事實相符。					
此證					
校長簽名章 關防					
中華民國 106 年 月 日					