

社團法人臺中市陽光滿滿慈善協會 函

地址：408臺中市南屯區文心南三路663號
五樓
電話：04-23802658

受文者：臺中市大里區瑞城國民小學

發文日期：中華民國114年2月12日

發文字號：光滿配鏡台中字第11402000025號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：計畫介紹, 統計表單, 家長同意書 (02000025A0C_ATTACH4. ods、
02000025A0C_ATTACH5. odt、02000025A0C_ATTACH6. odt)

主旨：檢送本會「光亮新視界-臺中市經濟弱勢學童免費配鏡計
畫」，請查照。

說明：

一、本會致力於扶助弱勢兒少，為減輕經濟弱勢家庭負擔，並守
護學童眼睛健康，制定「光亮新視界-臺中市經濟弱勢學童免費配
鏡計畫」，提供有配鏡需求且經濟弱勢之學生，免費配置眼鏡乙
付。

二、經濟弱勢學生定義，係包含低收入戶、中低收入戶、經濟弱
勢邊緣戶，依校方審查為主，無須另外提供證明，惟需於名冊內
註記身分別。配鏡需求，係包含近視、閃光、眼鏡損壞等配鏡需
求。因本計畫係與合法之驗光所和眼鏡行配合，若超出法定驗光
師可執行之業務範圍，則非屬本計畫。

三、請貴校提供單一聯繫窗口，並請承辦於114/06/27前以電子郵件
方式，寄發以下資訊至本計畫專責信箱：

專責信箱：sunloveeye885@gmail.com

(一)學校名稱：○○區○○國民小學

(二)承辦人姓名與職稱

輔導室 收文:114/02/12



1140000675

有附件

(三)承辦人聯繫電話與分機

四、請各校承辦，協助本計畫相關事宜：

(一)分發計畫介紹與家長同意書給各班導師。(附件：計畫介紹、家長同意書含個人資料暨同意書)

(二)統計有配鏡需求且符合資格之學生(附件：光亮新視界學校端統計表單)，統計表單回寄本計畫專責信箱

(sunloveeye885@gmail.com)，並將同意書正本回寄至本會會址
(台中市南屯區文心南三路663號五樓)。

(三)分發光亮新視界配鏡單。本會將以審核通過之學生人數，寄發蓋有本會印章之配鏡單至貴校。

(四)開立學校感謝狀乙份，若已於114年度開立過感謝狀，則無需開立。

五、114年度第一學期計畫案時程：

(一)申請日期：114/02/17-06/27

(二)配鏡日期：114/03/1-06/30

一、(依配鏡單上所載之日期為主)

六、若有疑問請洽本會：

會址聯繫電話：04-23802658

光亮新視界專責信箱：sunloveeye885@gmail.com

正本：臺中市大里區竹仔坑國民小學、臺中市大里區立新國民小學、臺中市大里區內新國民小學、臺中市大里區大元國民小學、臺中市大里區瑞城國民小學、臺中市大里區益民國民小學、臺中市大里區永隆國民小學、臺中市大里區美群國民小學、臺中市大里區崇光國民小學、臺中市大里區塗城國民小學、臺中市大里區草湖國民小學、臺中市大里區大里國民小學

副本：社團法人臺中市陽光滿滿慈善協會



理事長 王光彬