

선정 후 보급

2019 시·청각장애인용 TV 무료 보급 안내문



문의 1688-4596
홈페이지 tv.kcmf.or.kr



신청안내

보건복지부 등록
시·청각장애인 또는 국가보훈처 등록
눈, 귀 상이등급자

※ 저소득층(기초생활수급자, 차상위계층) 시·청각 장애(1순위)·장애정도·연령 등 우선보급 적격 기준에 따라 **선정 후 보급**합니다.

※ 국가보훈처 등록 눈 귀 상이등급자는 증빙서류 제출이 추가로 필요하며, 또한 개인정보보호를 위해 우편접수와 지자체 신청만 가능하오니 양해부탁드립니다.



신청방법

- ▶ **주민센터 신청** : 제출서류를 작성해 주민센터에서 방문접수
- ▶ **홈페이지 신청** : 홈페이지(tv.kcmf.or.kr)에서 휴대폰 본인 인증 후 신청
- ▶ **우편 신청** : 신청서와 개인정보수집·이용·제공 동의서를 아래주소지로登記발송
※ 주소 : (우편번호 : 07238) 서울 영등포구 국회대로 70길 23(여의도동 14-14) 용산빌딩 3층



자세한 문의 방법

- ▶ **대표전화** : 1688-4596(근무시간 평일 09:00 ~ 18:00, 공휴일 및 휴일 휴무)
- ▶ **온라인** : 전용 홈페이지(tv.kcmf.or.kr) 질의게시판
※ 재보급불가 대상자인 기보급자 조회 및 사업 안내 가능하며, 문의량이 많아 전화대기시간이 길어질 수 있습니다. 양해부탁드립니다.



유의사항

- ▶ 제출 서류 또는 필수사항이 기재 누락된 경우 접수가 어려우며, 우선순위에 따라 **선정 후 연락불가(3회)하여 보급이 어려울 경우 취소될 수 있습니다.**



2019 시·청각장애인용TV보급사업 신청서 작성 요령

I. 신청서 작성 유의사항

1. 인적사항(필수정보)

- 1 성명과 주민번호를 기재하고, 장애급수에는 해당 장애를 표시하고 급수를 기재한다.
- 2 휴대전화는 배송·설치 시 필요한 사항으로 바로 연락이 가능한 휴대전화 번호로 기재한다.
선정결과는 기재한 휴대전화 문자로 안내 한다.
(※ 배송시 연락이 되지 않으면, 자동 취소되며, 차순위 보급대상자로 넘어감)
- 3 본인이 연락이 안될 경우를 대비하여 연락 가능한 보호자 휴대전화 번호를 반드시 기재한다.
(※ 휴대전화 번호가 없을 경우 연락이 가능한 유선 전화번호를 기재)
- 4 주소는 주민등록상 주소지(배송주소)를 기재한다.
- 5 대상자격은 해당되는 곳(기초,차상위, 해당없음)에 표시한다. 해당없음은 기초, 차상위에 해당되지 않을 시 해당없음란에 체크하여 표시한다.

2. 참고사항

- 1 신청서류는 반납이 불가하며, 목적 달성 후 파기한다.
- 2 국가보훈처 눈귀상이자는 정보확인을 위해 국가유공자증 또는 보상보훈대상자증 사본을 반드시 제출한다.
- 3 재단은 신청한 성명과 주민번호(13자리)로 보건복지부 시스템을 통해 소득정보 및 장애인 정보를 확인한다.
- 4 우선순위에 따라 **선정 후 보급하기 때문에 신청하더라도 선정되지 않을 수 있다.**
(※ 2013년 ~ 2018년도에 방송수신기를 보급받은 분은 제외)

II. 개인정보 수집·이용·제공 동의서 작성(필수) 작성 유의사항

- 1 개인정보 수집·이용·제공 동의서를 충분히 읽어보신 후 동의 여부를 표시한다.
- 2 만14세 미만 신청자(아동)의 개인정보 수집·이용·제공은 법정대리인의 동의를 받아야 하므로 만 14세미만 신청자는 반드시 법정대리인 동의서를 작성해야 함

※ 귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 해당 수집 항목은 TV보급 적격여부 확인, 배송 및 설치 등에 반드시 필요한 사항이므로 동의하지 않을 경우, 보급 신청이 거부될 수 있음을 유의바랍니다.



인적사항 (필수정보)

해당되는 곳에 ☒로 표기 해주세요.

1 대상자격 (필수)	소득수준	<input type="checkbox"/> 기초	보건복지부 등록 시·청각 장애인	<input type="checkbox"/> 시각	<input type="checkbox"/> 장애의 정도가 심한 장애인 <input type="checkbox"/> 장애의 정도가 심하지 않은 장애인			
		<input type="checkbox"/> 차상위		<input type="checkbox"/> 청각	<input type="checkbox"/> 장애의 정도가 심한 장애인 <input type="checkbox"/> 장애의 정도가 심하지 않은 장애인			
		<input type="checkbox"/> 해당없음		국가보훈처 등록 눈·귀 상이등급자			상이등급 <input type="checkbox"/> 눈 <input type="checkbox"/> 귀 <input type="checkbox"/> 급	
			상이호수					
2 성명 (필수)				성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여			
3 주민등록번호 (13자리 필수 기재)	<div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div>							
4 연락처 (필수)	본인 연락처 (휴대전화) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
	비상 연락처 (자택 또는 보호자 연락처) <input type="text"/> — <input type="text"/> — <input type="text"/>							
5 주소 (필수 기재, 배송지 기준)								

- ※ 필수 정보를 작성하지 않거나, 필수 서류를 제출하지 않을 시 접수불가
- ※ 국가보훈처 등록 대상자는 국가유공자증 또는 보훈보상대상자증 사본을 반드시 제출(필수)
- ※ 우선순위에 따라 선정 후 보급되며, 신청자는 신청 시 서명 필수
- ※ 신청기간은 2019년 7월 15일 ~ 8월 16일 까지
- ※ 본 서류는 반납이 불가하며, 안전하게 파기됩니다.

선정후보금



6 신청자 :

2019년 월 일

(서명 또는 날인)

※ 뒷면에 내용이 이어집니다.(필수)

개인 정보 수집·이용·제공 동의서 (필수)

시청자미디어재단에서는 고객의 개인정보를 중시합니다. 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조 제2항제2호, 제21조, 제22조, 제23조, 제24조 제1항제2호, 제31조, 「장애인복지법」 제22조, 「장애인복지법 시행령」 제45조의2, 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제13조 및 「국가정보화기본법」 제33조, 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 제21조 3항, 「사회보장기본법」 제37조에 따라 아래와 같이 동의를 얻고자 합니다.

아래 사항에 대해 충분히 읽어 보신 후, 동의 여부를 체크 · 서명하여 주시기 바랍니다.

개인정보 수집 및 이용에 대한 동의

- 개인정보 수집·이용 목적 : 시·청각장애인용 TV 무료 보급
- 수집하는 개인정보 항목(필수) : 성명, 주민번호, 장애등급, 주소, 전화번호(비상연락처 포함), 성별, 장애유형, 장애등급, 소득수준
- 개인 정보 보유·이용 기간 : 시·청각장애인용 TV 무료 보급 목적 달성시까지
(단, 수신기 내용연수를 감안하여 보급대상자는 중복검사 등을 위해 7년간 보관 후 폐기)

※ 귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 해당 수집 항목은 TV보급 적격여부 확인, 배송 및 설치 등에 반드시 필요한 사항이므로 동의하지 않을 경우 신청이 거부될 수 있음을 유의바랍니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

민감정보 수집 및 처리 동의

- 민감정보 수집 및 처리 : 시·청각장애인용TV 무료 보급
- 민감정보 항목(필수) : 성별, 장애유형, 장애등급, 소득수준
- 고유식별정보 항목(필수) : 주민등록번호
- 개인 정보 보유·이용 기간 : 시·청각장애인용TV 무료 보급 목적 달성시까지
(단, 수신기 내용연수를 감안하여 보급대상자는 중복검사 등을 위해 7년간 보관 후 폐기)

※ 귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 해당 수집 항목은 TV보급 적격여부 확인, 배송 및 설치 등에 반드시 필요한 사항이므로 동의하지 않을 경우 신청이 거부될 수 있음을 유의바랍니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

고유식별정보 처리 동의

- 고유식별정보 처리의 목적 : 시·청각장애인용TV 무료 보급
- 고유식별정보 항목(필수) : 주민등록번호
- 개인 정보 보유·이용 기간 : 시·청각장애인용TV 무료 보급 목적 달성시까지
(단, 수신기 내용연수를 감안하여 보급대상자는 중복검사 등을 위해 7년간 보관 후 폐기)
※ 수집된 정보는 해당 목적 이외의 용도로는 이용되지 않습니다.

개인정보의 제3자 제공에 대한 동의

- 개인정보의 제3자 제공 목적 : 시·청각장애인용 TV 무료 보급 및 배송설치, 사후관리(AS등), 만족도 조사
- 개인정보를 제공을 받는 자 : 지자체, 보건복지부, 국가보훈처, 2019년 보급용역업체(㈜미마인터네셔널, LG전자(주)) · 배송업체(㈜판토스) · AS업체(엘지전자(주) 한국서비스), 2019년 공공기관 고객만족도 조사기관, 2019년 시·청각장애인용TV 이용실태 및 만족도 조사 업체, 2019년 보급사업 적격심사위원
- 제공하는 개인정보 항목
 1. 보건복지부, 국가보훈처 : 성명, 주민등록번호
 2. 지자체 : 성명, 주민번호, 주소, 장애유형, 소득수준, 연락처
 3. 2019년 보급용역업체(㈜미마인터네셔널, LG전자(주)) · 배송업체(㈜판토스) · AS업체(엘지전자(주) 한국서비스), 2019년 시·청각장애인용 TV 이용실태 및 만족도 조사 업체, 2019년 보급사업 적격 심사위원 : 성명, 생년월일, 주소, 장애유형, 소득수준, 연락처
 4. 2019년 공공기관 고객만족도 조사기관 : 성명, 생년월일, 주소, 연락처, 성별
- 개인정보를 제공받는 자의 이용목적 : 시·청각장애인용 TV 보급, 배송설치, 사후관리(AS등), 공공기관 고객만족도 조사, 이용실태 및 만족도 조사
- 개인정보를 제공 받는 자의 개인정보 보유 · 이용 기간 : 시·청각장애인용 TV 보급 목적 달성시까지
 1. 신청자 정보 : 선정심사 및 민원안내를 위해 당해연도 보관 후 폐기
 2. 보급자 정보 : 중복검사 등을 위해 7년간(내용연수) 보관 후 폐기
 3. 2019년 공공기관 고객만족도 조사, 2019년 시·청각장애인용 TV 이용실태 및 만족도 조사 : 조사완료 후 즉시 폐기

※ 귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 해당 수집 항목은 TV보급 적격여부 확인, 배송 및 설치 등에 반드시 필요한 사항이므로 동의하지 않을 경우 신청이 거부될 수 있음을 유의바랍니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

본인은 본 “개인정보 수집 및 이용”, “민감정보 수집 및 처리”, “고유식별정보 처리 동의”, “개인정보의 제3자 제공”의 내용을 읽고 명확히 이해하였으며 이에 동의합니다.

2019년 월 일 신청자 : (서명 또는 인)

만14세 미만 신청자(아동) 법정대리인 동의

- 개인정보보호법 제22조에 따라 만14세 미만 신청자(아동)의 개인 정보를 수집·이용·제공하기 위해서는 부모 등 법정대리인의 동의를 받아야 합니다. 신청자의 법정대리인은 위와 같이 신청자의 개인 정보를 수집·이용·제공하는데 동의하십니까?

※ 귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 해당 수집 항목은 TV보급 적격여부 확인, 배송 및 설치 등에 반드시 필요한 사항이므로 동의하지 않을 경우 신청이 거부될 수 있음을 유의바랍니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

본인은 본 “만14세 미만 신청자의 법정대리인 동의”의 내용을 읽고 명확히 이해하였으며 이에 동의합니다.



법정대리인 : (서명 또는 인)

본 서류는 반납이 불가하며, 안전하게 폐기됩니다.

시 청 자 미 디 어 재 단 귀 중