

2024년 발달장애인 부모휴식 지원사업(캠프) 참가신청서

| | | | |
|---------|---|--|--|
| 성명(당사자) | | | |
| 주민등록번호 | | | |
| 연락처 | | | |
| 장애유형 | <input type="checkbox"/> 지적 <input type="checkbox"/> 자폐성 <input type="checkbox"/> 중복장애(해당 장애명 :) | | |
| 휠체어사용여부 | <input type="checkbox"/> 사용 <input type="checkbox"/> 미사용 | | |
| 특이사항 | <input type="checkbox"/> 수급자 <input type="checkbox"/> 차상위 <input type="checkbox"/> 한부모 <input type="checkbox"/> 다장애가정 | | |
| 숙박여부 | <input type="checkbox"/> 가족동반(가족구성원이 함께 숙박) <input type="checkbox"/> 가족별도 | | |
| 주소 | | | |
| 신청차수 | <input type="checkbox"/> 1차 - 09/20(금) ~ 22(일) <input type="checkbox"/> 2차 - 10/18(금) ~ 20(일) | | |

| | | | |
|------|--|------|--|
| 이동수단 | <input type="checkbox"/> 셔틀버스 <input type="checkbox"/> 자가용 <input type="checkbox"/> 기타 | 차량번호 | |
|------|--|------|--|

*자가용 또는 기타의 경우 차량번호 작성
*발달장애인 부모휴식 지원사업 우선 선정기준표 확인 후 신청

| | | |
|-----------|----|------|
| 발달장애인 참가자 | 성명 | 생년월일 |
| | | |

| | | | |
|------|----|----|------|
| 참여가족 | 관계 | 성명 | 생년월일 |
| | | | |
| | | | |

- ※ 집결지
- 남부 : 수원월드컵경기장 내 스포츠아일랜드 스포츠센터 P8 공영주차장 집결 후 이동
 - 북부 : 경기도청 경전철역 1번 출구 집결 후 이동
 - 동부 : 광주시청 앞 3거리 집결 후 이동
 - 서부 : 부천시청 앞 집결 후 이동



※ 모든 프로그램은 참가자 접수 인원 미달의 경우 상시 모집

본인(대리신청자 포함)은 개인정보활용 동의와 기타 유의사항에 대하여 안내받았음을 확인하며, 위와 같이 발달장애인 부모휴식 지원사업에 신청합니다. 기재사항(별지 포함)은 사실과 다름이 없으며 허위로 드러날 경우 사업 참여가 취소되거나 해당 법률에 따라 불이익이 있을 수 있음을 확인합니다.

년 월 일

지원자 : (서명)
보호자 : (서명)

개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

□ 개인정보 및 고유식별정보 처리 안내

- 본 서비스 제공을 위해 「개인정보보호법」에 따라 서비스 이용자의 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공에 대해 동의를 얻으며 관련법령을 준수하여 안전하게 개인정보를 관리합니다.
- 수집 이용 항목 : 신청서 기재 내역 일체(성명·주민등록번호·주소·연락처 등), 장애유형·등급 등 자격 정보, 정보통신망(행정정보공동이용, 행복이음시스템 포함)을 통해 조회되는 사항
- 수집 이용 목적 : 발달장애인 부모휴식 관련 본인 확인 및 자격 결정에 관한 업무, 경기도 복지서비스 안내
- 보유기간 : 이용자격 종료 후 5년까지

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? (예 □ / 아니오 □)

□ 개인정보 제3자 제공 내역

- 제공항목 : 신청서 기재 내역 일체(성명·주민등록번호·주소·연락처 등), 장애유형·등급 등 자격 정보, 정보통신망(행정정보공동이용, 행복이음시스템 포함)을 통해 조회되는 사항
- 제공목적 : 부모휴식지원 이용과 관련하여 가족휴식 중복 이용여부 조회, 경기도 복지서비스 안내
- 제공받는자 : 경기도지사, 경기도발달장애인지원센터장, 사업 수행기관장

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 부모휴식 지원사업 참여가 지연되거나 제한이 있을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 제3자에게 제공하는데 동의하십니까? (예 □ / 아니오 □)

☞ 경기도D 가입에 동의하십니까? (예 □ / 아니오 □)

2024년 월 일

본인 성명

(서명 또는 인)

경기도발달장애인지원센터 귀중

신청서 구비서식(복지카드사본 또는 장애인증명서)

신청서 구비서식(가족관계증명서 또는 주민등록등본)

(구비서식은 보호자 기준으로 발급 필요, 주민등록뒀자리 표기 필수)

신청서 구비서식(대상자를 입증할 수 있는 서류)

장애인증명서(다장애 가구에 해당) / 수급자증명서 / 차상위증명서 / 한부모증명서 / 기타증빙서류

이 선정기준표는 신청인이 작성하되 관련 증빙 자료를 제출하여야 함.

※ 가족휴식 사업 21년, 22년, 23년, 24년 참여자는 부모휴식 사업 대상자에서 제외됩니다.

| 구분 | 항목 | 배점 | | | 점수 |
|-----------------------------|--|------|------|------|----|
| 합계 | | 100 | | | |
| 장애 특성 (본인 및 환경) | 중복장애를 갖고 있는가? - 발달장애: 지적장애 또는 자폐성장애만 있는 경우 - 중복장애: 다른 장애 유형이 있는 경우 (주장애와 부장애로 확인) | 발달장애 | 중복장애 | | |
| | 10 | 25 | | | |
| | 발달장애인 대상자의 형제·자매가 장애가 있는가? - 없음 - 1명 - 2명 이상 | 없음 | 1명 | 2명이상 | |
| | | 0 | 10 | 25 | |
| | 발달장애인 대상자의 부모님이 장애가 있는가? - 없음 - 1명(부모 중 한명 장애) - 2명(부모 모두 장애) | 없음 | 1명 | 2명 | |
| | | 0 | 10 | 25 | |
| | 한부모 가구 또는 부모가 아닌 주보호자가 1명인 경우에 해당하는가? | 미해당 | | 해당 | |
| | | 0 | | 25 | |

※ 최종중 발달장애인 가족돌봄 사업 연계자 중 결격이 없는 자는 최우선으로 선정됩니다.

※ 선정기준표 동점시 ① 수급자, 차상위 ② 신청서류 접수 순서에 따라 선정