

서식 1

장애인 기회소득 신청서

| | | | | | |
|--|---|----------------------------------|--------------------------------|---|-------------------------------|
| 1. 신청자 인적사항 | | | | | |
| 성명 | 생년월일 | | | - | 성별 남·여 |
| 연락처 | 기타연락처 (비상연락망) | | 관계: | / 연락처: | |
| 주민등록 주소 | 경기도 | | | 1인가구 해당여부 <input type="checkbox"/> 해당있음 <input type="checkbox"/> 해당없음 | |
| 계좌 정보 (참여자) | 은행 : | 예금주: | 사회보장급여 대상여부 | <input type="checkbox"/> 국민기초수급자 | |
| | 계좌번호: | | | <input type="checkbox"/> 차상위계층 | <input type="checkbox"/> 해당없음 |
| 스마트폰 | <input type="checkbox"/> 유 (가족 스마트폰으로도 위치 연결 가능) <input type="checkbox"/> 무 | | | | |
| 장애정도 및 유형 | <input type="checkbox"/> 정도가 심한 장애인 <input type="checkbox"/> 정도가 심하지 않은 장애인 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 지체장애 | <input type="checkbox"/> 뇌병변장애 | <input type="checkbox"/> 시각장애 | <input type="checkbox"/> 청각장애 | |
| | <input type="checkbox"/> 언어장애 | <input type="checkbox"/> 지적장애 | <input type="checkbox"/> 자폐성장애 | <input type="checkbox"/> 정신장애 | |
| | <input type="checkbox"/> 신장장애 | <input type="checkbox"/> 심장장애 | <input type="checkbox"/> 호흡기장애 | <input type="checkbox"/> 간장애 | |
| | <input type="checkbox"/> 안면장애 | <input type="checkbox"/> 장루·요루장애 | <input type="checkbox"/> 뇌전증장애 | | |
| | <input type="checkbox"/> 중복장애(해당 장애유형을 작성해주세요. ※ 필수 작성) | | | | |
| 주의사항 | 1. 지급 계좌는 지급 대상자 본인의 통장 원칙입니다. - 휴면·적금·청약계좌 등으로는 지급이 불가하오니 반드시 정상 입출금이 가능한 일반 예금 계좌를 기재하여 주시기 바랍니다. ※ 부정확한 계좌 정보 기재로 인한 지급 지연 및 불가에 대한 책임은 신청인(대리인)에게 있음 | | | | |
| | 2. 중앙부처, 道 및 기타 지방자치단체 등 유관 기관에서 지원하는 각종 지원금 및 사회보장급여와 중복 수급이 가능하나, 중복 수급에 따라 타 지원금의 수급 자격 또는 급여액의 변동이 있을 수 있으므로 관련 사업 담당자와 반드시 사전에 상의 한 후 신청바랍니다. ※ 본 사업의 신청으로 인한 타 사업 및 보장의 자격 박탈 및 급여액 감소 등에 대한 책임은 신청인(대리인)에게 있음 | | | | |
| | * 신청인 본인(대리인)은 위의 주의사항을 고지 받았습니다. <input type="checkbox"/> 확인 (박스에 v표시) | | | | |
| 안내 사항 | 지원 대상 및 지원 기준, 지원 기간 등 세부사업 내용이 달라질 수 있습니다. | | | | |
| *신청인 별도 첨부서류 : 개인정보제공동의서 1부. 사회보장급여(자격)사실확인서(해당되는 경우) 1부. | | | | | |
| 위와 같이 장애인기회소득을 신청합니다. | | | | | |
| 2026년 월 일 | | | | | |
| 본인 성명 | | | | (서명 또는 인) | |
| 법정대리인 성명 | | | | (서명 또는 인) | |
| 경기도지사 귀하 | | | | | |

서식 3 **위임장**

| | | | | |
|--|-------|--|--------|--|
| 위 임 장 | | | | |
| 위임자 | 성 명 | | 주민등록번호 | |
| | 주 소 | | | |
| | 연 락 처 | | | |
| 위 임 받 는 자 | 성 명 | | 주민등록번호 | |
| | 주 소 | | | |
| | 연 락 처 | | | |
| ※ 확인 서류 : 위임자 신분증 사본 1부. 위임받는자 신분증 원본제시 * 신분증은 주민등록증, 운전면허증, 여권 중 제시 | | | | |
| <p style="text-align: center;">상기 위임인은 위임받는자에게 2026년 경기도 장애인 기회소득 지급 신청에 대한 권한을 부여합니다.</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 위임일자 : 년 월 일 위 임 인 : (서명 또는 인) </p> <p style="text-align: left; margin-left: 100px;">경기도지사 귀하</p> | | | | |

서식 4 이의신청서 및 개인정보이용동의서

이 의 신 청 서

※ 선정 결과 통지를 받은 날부터 30일 이내에 이의신청 가능

※ 아래의 작성방법 및 유의사항을 읽고 작성하시기 바랍니다.

| | | | |
|---------------|------------------------------|-------|--|
| 신청인 | ①성명 | ②생년월일 | |
| | ③주소 (전화번호:) | | |
| ④선정결과 통지일 | 2026년 월 일 | ⑤선정결과 | |
| ⑥이의신청의 취지와 이유 | 자격검증 이후 소득 감소 및 가구원 변동 등의 사유 | | |

장애인 기회소득 선정결과에 대하여 위와 같이 이의신청합니다.

년 월 일

신청인: (서명 또는 인)

대리인 성명: (서명 또는 인)

신청인과의 관계:

주소:

전화번호:

경기도장애인복지종합지원센터장 귀하

| | |
|------|-----------------------|
| 첨부서류 | 1) 주민등록등본(주민등록번호 미표시) |
|------|-----------------------|

작성방법 및 유의사항

- ① ~ ③: 장애인 기회소득 신청자의 성명, 생년월일, 주소를 적습니다.
- ④: 선정결과 부적격으로 통지받은 날짜를 적습니다.
- ⑤: 장애인 기회소득 선정결과의 요지(내용)를 적습니다.
- ⑥: 이의신청을 하게 된 사실상의 근거가 되는 내용을 적습니다.

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

장애인 기회소득 이의신청 관련 개인정보 수집·이용 동의서

경기도 「장애인 기회소득」 이의신청을 위한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공합니다.
내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 결정하여 주십시오

▶ 개인정보 수집·이용내역

| 항목 | 수집·이용 목적 | 보유·이용기간 |
|-------------------------|-------------------|-----------------|
| 성명, 생년월일, 주소, 연락처, 소득정보 | 장애인 기회소득 선정결과 재검증 | 신청접수 후 3년 까지 |

▶ 개인정보 제3자 제공 내역

| 제공받는자 | 제공 목적 | 제공항목 | 보유·이용기간 |
|---------|--------|-------------------------|-----------------|
| 경기도, 시군 | 선정자 통보 | 성명, 생년월일, 주소, 연락처, 소득정보 | 신청접수 후 3년 까지 |

※ 주의사항

신청인은 상기 사항에 대하여 각각 동의를 거부할 수 있습니다.

다만, 이에 대한 동의를 하지 않을 경우에는 이의신청이 부득이 제한될 수 있음을 알려드립니다. (모든 세대구성원의 동의가 필요합니다.)

| 성명 | 관계 | 1. 수집·이용 및 제공 동의 | 2. 제3자 제공 동의 | 확인(서명) |
|----|----|---|---|--------|
| | | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | |
| | | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | |
| | | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | |
| | | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | |
| | | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | |
| | | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 | |

2026년 월 일

신청인(법정대리인) 성명

(서명 또는 인)

경기도장애인복지종합지원센터장 귀하

서식 6 장애인 기회소득 대리수령 신청서

| 장애인 기회소득 대리수령 신청서 | | | | | |
|--|-------|------|--|--------|------|
| 수급자 (신청인) | 성 명 | | | 주민등록번호 | |
| | 주 소 | | | | |
| | 연 락 처 | | | | |
| 대리 수령인 | 성 명 | | | 주민등록번호 | |
| | 주 소 | | | | |
| | 연 락 처 | | | | |
| | 지급계좌 | 금융기관 | | | 계좌번호 |
| <p>※ 확인 서류(①과 ②를 모두 제출해야 함)</p> <p>① 채무불이행으로 금전채권이 압류되었음을 증명하는 서류(아래 택 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 법원에서 발행한 채무불이행자 명부(시·군청 민원실 또는 읍·면·동사무소 민원 담당자에게 확인 가능) - 법원의 채권압류 및 추심명령 결정문 - 금융기관에서 통지한 금융 압류 사실 통지서 - 기타 상기에 준하는 입증자료로서 급여계좌가 압류되어 있음을 명시적으로 확인할 수 있는 서류 <p>② 수급자와 대리수령인이 배우자 또는 3촌 이내 방계혈족임을 증명할 수 있는 서류</p> | | | | | |
| <p>상기 신청인과 대리 수령인은 위와 같이 장애인 기회소득 대리수령 지급을 신청합니다.</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <p>신청일자 : 년 월 일</p> <p>신청인 : (서명 또는 인)</p> <p>대리수령인 : (서명 또는 인)</p> </div> | | | | | |
| <p>경기도장애인복지종합지원센터장 귀하</p> | | | | | |

「경기도 장애인 기회소득」 참여 중지 신청서

■ 인적사항

| 성명 | 생년월일 | 연락처 |
|----|------|-----|
| | | |

※ 14세 미만의 경우 보호자(법정대리인) 연락처 필수기입

■ 참여 중지 사유

작성 예시) 타 지역으로 주민등록상 주소지 이전 등

※ 중도 취소 이후 동일 사업에 재참여할 수 없음

2026년 월 일

위와 같이 「경기도 장애인 기회소득」 참여 중지를 신청합니다.

성명: (서명 또는 인)

(만 14세 미만의 아동의 경우) 법정대리인 성명: (서명 또는 인)

경기도장애인복지종합지원센터장 귀하

「경기도 장애인 기회소득」 활동내역 수기 인증 신청서

■ 인적사항

| 성명 | 생년월일 | 연락처 |
|----|------|-----|
| | | |

※ 14세 미만의 경우 보호자(법정대리인) 연락처 필수기입

■ 수기인증 신청 사유

작성 예시) 스마트워치 연결가능한 기기 없음

■ 활동내역서 제출 방법 ※ 원하는 제출방법 선택 후 ✓표시

카카오톡채널

이메일 (16442122@ggwf.or.kr)

2026년 월 일

위와 같이 「경기도 장애인 기회소득」 활동내역 수기 인증을 신청합니다.

성명: (서명 또는 인)

(만 14세 미만의 아동의 경우) 법정대리인 성명: (서명 또는 인)

경기도장애인복지종합지원센터장 귀하

