

## 가족휴식지원 사업 (힐링캠프) 신청서

신청인 (장애인)	성명(성별)	( <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 )		생년월일		거주지	
	연락처			건강상태 (장애/질병)		여행지	
동반 신청 가족	신청인 과의 관계	성 명	성 별	생년월일	건강상태 (장애/질병)	연 락 처	
			<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여				
			<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여				
			<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여				
			<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여				
			<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여				
			<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여				
			<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여				
가족휴식지원		<input type="checkbox"/> 가족캠프 - 참여 일자 :                      10 월        일    ~    10 월        일 * 전년도 (2023) 참여 여부 <input type="checkbox"/>					
돌봄서비스 연계		<input type="checkbox"/> 신청 <input type="checkbox"/> 미신청					

위와 같이 발달장애인 가족휴식지원사업 참여를 신청합니다.

년        월        일

신청인(대리 신청인) 성명 :                      (서명 또는 인)

신청인과의 관 계 :                      (대리 신청의 경우)

안산대학교 귀하

### 신청시 구비서류

1. 개인정보 제공 및 활용 동의서(서식 2호)
2. 발달장애인 가족휴식지원 프로그램 계획서(서식3), 여행일정표(서식 3)
3. 복지카드 사본(앞, 뒤 모두) 또는 장애인증명서(장애인등록 확인용)
4. 발달장애인이 등재된 가족관계증명서 또는 주민등록등본 (가족원 확인용)
5. (우선지원 결정 대상자일 경우) 기초생활보장수급자 또는 차상위증명서
6. 자녀가 영유아(만6세 미만)로 미등록인 경우, 발달장애(지적·자폐성)가 의심된다는 의사소견서 또는 발달재활서비스 의뢰서

## 개인정보 수집·이용 동의서

안산대학교 부설 평생교육원은 개인정보 보호법 제15조, 제17조, 제23조, 제24조에 따라 정보주체의 개인정보를 보호하고 관련 업무를 처리하기 위하여, 귀하의 개인정보를 아래와 같이 수집·이용을 하고제3자제공 하고자 하오니 다음의 사항에 대해 충분히 읽어보신 후, 동의 여부를 체크, 서명하여 주시기 바랍니다.

### ▶ 개인정보 수집 및 이용 동의(고유식별정보) [ “필수” ]

수집·이용하려는 항목	수집·이용 목적	이용기간 및 보유기간
주민등록번호	여행자보험이나 배상책임보험등 보험가입에 필요한 정보 제공	계약기간 활용

※ 귀하께서는 개인정보 제공 및 활용에 거부할 권리가 있습니다.

○ 거부에 따른 불이익 : 위 제공사항은 본인식별절차, 결격사유조회에 반드시 필요한 사항으로 거부하실 경우 서비스 제공이 불가능함을 알려드립니다.

☐동의함

☐동의하지 않음

### ▶ 개인정보 수집 및 이용 동의(민감정보) [ “필수” ]

수집·이용하려는 항목	수집·이용 목적	이용기간 및 보유기간
건강상태(장애/질병), 가구정보, 재산정보	발달장애인 가족휴식사업 운영을 위한 이용자관리, 자격관리	계약기간 활용

※ 귀하께서는 개인정보 제공 및 활용에 거부할 권리가 있습니다.

○ 거부에 따른 불이익 : 위 제공사항은 본인식별절차, 결격사유조회에 반드시 필요한 사항으로 거부하실 경우 서비스 제공이 불가능함을 알려드립니다.

☐동의함

☐동의하지 않음

### ▶ 개인정보 수집 및 이용 동의 [ “필수” ]

수집·이용하려는 항목	수집·이용 목적	이용기간 및 보유기간
개인식별정보 (성명,주소,생년월일,연락처등)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 발달장애인 가족휴식지원사업 운영을 위한 이용자 관리, 자격관리, 서비스의 지불·정산, 만족도 조사 업무 수행 등에 필요한 정보의 제공</li> <li>- 여행자보험이나 배상책임보험 등 보험가입에 필요한 정보의 제공</li> <li>- 서비스 중복 지원 여부 조회를 위한 정보의 제공</li> <li>- 기타 발달장애인 가족휴식지원사업 운영에 필요한 자료로 활용</li> </ul>	계약기간 활용

※ 귀하께서는 개인정보 제공 및 활용에 거부할 권리가 있습니다.

○ 거부에 따른 불이익 : 위 제공사항은 서비스 제공 등으로 반드시 필요한 사항으로 거부할  
실 경우

서비스 제공이 불가능함을 알려드립니다.

☐동의함

☐동의하지 않음

▶ 개인정보의 제3자 제공 동의 [ “필수” ]

제공 받는 자	제공하는 항목	제공 받는 자의 개인정보 이용목적	이용기간 및 보유기간
경기도발달장애인 지원센터	성명, 생년월일, 장애유형	발달장애인 가족휴식지원사업 운영 을 위한 이용자관리, 자격관리, 서비 스의 지불·정산, 만족도 조사 업무 수행 등에 필요한 정보의 제공	계약기간 활용

※ 귀하께서는 개인정보 제공 및 활용에 거부할 권리가 있습니다.

○ 거부에 따른 불이익 : 위 제공사항은 서비스 제공 등으로 반드시 필요한 사항으로 거부하  
실 경우 서비스 제공이 불가능함을 알려드립니다.

☐동의함

☐동의하지 않음

「개인정보보호법」 등 관련 법규에 따라 아래 본인은 위와 같이 개인정보 수집·이용에  
동의하고 위의 사항을 확인합니다.

생년월일 : . . .

성 명 : (인 또는 서명)

\*가족중 대표자 1인만 서명하시면 됩니다.

## 응급처치 동의서

성명		생년월일		성 별	
<p>다음의 절차에 따라 응급처치를 하는 경우, 사업 담당자와 사업 수행기관에 위임할 것을 동의합니다.</p> <p style="text-align: center;">20                      ,                      ,</p> <p style="text-align: center;">보호자 :    (서명 또는 인)</p> <p style="text-align: center;">&lt; 응급처치 절차 &gt;</p> <p><b>1. 사고 발생시 가장 먼저 보호자에게 연락합니다.</b></p> <p style="text-align: center;">(이 름)    (시간/기간)    (전화번호)</p> <p>보호자    와    동안에    로 연락됩니다.</p> <p>보호자    와    동안에    로 연락됩니다.</p> <p><b>2. 보호자와 신속하게 연락되지 않을 경우, 보호자께서 정해주신 다음의 연락처로 연락드립니다.</b></p> <p style="text-align: center;">(관계)                      (이 름)    (전화번호)</p> <p>본인(보호자)과의 관계 : 친구                      홍길동                      은(는)    로 연락할 수 있습니다.</p> <p>본인(보호자)과의 관계 :    은(는)    로 연락할 수 있습니다.</p> <p><b>3. 필요한 경우 119 구조대에 연락할 것이며 보호자가 정한 의료기관과 의사에게 응급수송 할 것입니다. (비용은 보호자 부담으로 합니다)</b></p> <p><b>4. 의료기관 수송 후에는 다음의 의료보험 관련 정보를 주어 신속하게 치료받을 수 있도록 합니다.</b></p> <p style="padding-left: 40px;">의료보험 종류</p> <p style="padding-left: 40px;">번호</p> <p style="padding-left: 40px;">병원(병원 명과 전화번호 기재)</p> <p style="padding-left: 40px;">의사</p>					

## 신청서류 외 보내주실 서류

1. 발달장애인이 등록된 복지카드 사본 (앞, 뒷면)  
또는 장애인 등록증
2. 발달장애인이 등재된 가족관계증명서 또는 주민등록등본  
(가족원 확인용)
3. (우선지원결정 대상자일 경우) 기초생활보장수급자 또는  
차상위 증명서

서류 미비 시 접수가 불가합니다.