

시·청각장애이용 TV 무료 보급 신청서

신청기간 2018.6.1(금) - 7.13(금)



인적사항 (필수정보)

해당되는 곳에 ☒로 표기 해주세요.

01 대상자격	<input type="checkbox"/> 기초	보건복지부 등록 시청각 장애인	<input type="checkbox"/> 시각	급	
	<input type="checkbox"/> 차상위		<input type="checkbox"/> 청각	급	
	<input type="checkbox"/> 일반	국가보훈처 등록 눈, 귀 상이등급자	상이등급 <input type="checkbox"/> 눈 <input type="checkbox"/> 귀	급	
			상이호수		
02 성명				성별 <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	
03 주민등록번호 (13자리 필수 기재)	<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"/> <input type="text"/>				
04 연락처 (휴대전화 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"/>			
	비상 연락처 (주택 또는 보호자 연락처)	<input type="text"/> — <input type="text"/> — <input type="text"/>			
어떻게 연락드리는 것이 편하세요? : <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 문자가 편해요 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 통화가 편해요					
05 주소 (배송지 기준)					

※ 국가보훈처 등록 대상자는 국가유공자증 또는 보훈보상대상자증 사본을 반드시 제출(필수)
필수 정보를 작성하지 않거나, 필수 서류를 제출하지 않을 시 접수불가



선정 후 보급

06

2018년 월 일

신청자 :

(서명 또는 날인)

※ 뒷면에 내용이 이어집니다. (필수)

본 서류는 반납이 불가하며, 안전하게 폐기됩니다.

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 국가정보화기본법에 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, 고유식별정보 처리 동의

- ▶ 민감정보 수집 및 처리와 고유식별정보 처리의 목적 : 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)
- ※ 수집된 정보는 해당 목적 이외의 용도로는 이용되지 않습니다.

※ 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

개인정보의 제3자 제공에 대한 동의

- ▶ 개인정보의 제3자 제공 목적 : 시·청각장애인용 TV 무료 보급 내역 확인 및 배송, 만족도 조사
- ▶ 개인정보를 제공을 받는 자 : 지자체, 보건복지부, 국가보훈처, 2018년 보급용역업체(㈜미마인터네셔널), 2018년 수신기 제조업체(LG전자㈜), · 배송업체(판토스 주식회사) · AS업체(엘지전자 주식회사 한국서비스), 2018년 공공기관 고객만족도 조사기관, 2018년 시·청각장애인용TV 이용실태 및 만족도 조사 업체, 2018년 보급사업 적격심사위원
- ▶ 제공하는 개인정보 항목
 1. 보건복지부, 국가보훈처 : 성명, 주민등록번호
 2. 지자체, 2018년 보급용역업체(㈜미마인터네셔널), 2018년 수신기 제조업체(LG전자㈜) · 배송업체(판토스 주식회사) · AS업체(엘지전자 주식회사 한국서비스), 2018년 시·청각장애인용 TV 이용실태 및 만족도 조사 업체, 2018년 보급사업 적격심사위원 : 성명, 생년월일, 주소, 장애유형, 소득수준, 연락처
 3. 2018년 공공기관 고객만족도 조사기관 : 성명, 생년월일, 주소, 장애유형, 소득수준, 연락처
- ▶ 개인정보를 제공받는 자의 이용목적 : 시·청각장애인용 TV 보급 내역 확인, 배송, 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. 2018년 공공기관 고객만족도 조사, 2018년 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.

2018년 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)

시 청 자 미 디 어 재 단 귀중

본 서류는 반납이 불가하며, 안전하게 폐기됩니다.

시·청각장애인용 TV 무료 보급 안내

신청기간 2018.6.1(금) - 7.13(금)

문의 1688-4596

홈페이지 tv.kcmf.or.kr

01 신청·보급

보건복지부 등록
시·청각장애인

또는 (2)국가보훈처 등록
눈·귀 상이등급자

1순위	(1) 저소득층 시·청각장애인 및 국가보훈처 눈·귀 상이등급자	
2순위	시·청각장애 1급~3급	눈·귀 상이 1급~4급
3순위	시·청각장애 4급~6급	눈·귀 상이 5급~7급

(1) 저소득층 : 기초생활수급자, 차상위 계층을 칭함.

(2) 국가보훈처 등록자 : 국가유공자 및 보훈보상대상자를 칭함.

※ 제외대상 : 2012~2017년 장애인방송수신기 보급 수령자

02 신청 방법

지방자치단체
신청

신청서, 개인정보 수집이용제공 동의서를
해당지역 주민센터로 제출

시청자
미디어재단
신청

우편 또는 홈페이지 신청

- 우편 : (우)07238 서울 영등포구 국회대로 70길 23
용산빌딩 3층 시청자미디어재단
- 시청각장애인용 TV보급 홈페이지 : tv.kcmf.or.kr

03 신청 서류

제출서류

보건복지부 등록
시·청각장애인

- 1 신청서
- 2 개인정보 수집이용제공 동의서

국가보훈처 등록
눈·귀 상이등급자

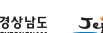
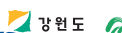
- 1 신청서
- 2 개인정보 수집이용제공 동의서
- 3 국가유공자증/보훈보상대상자증 사본

선정 후 보급

※ 제출 서류가 빠진 경우 접수가 어려움

※ 신청 서류는 해당지역 주민센터와 시청각장애인용TV 홈페이지(tv.kcmf.or.kr)에서 다운로드

※ 자세한 문의사항은 1688-4596으로 문의바람



※ 뒷면에 작성요령이 이어집니다.

작성요령

시·청각장애이용 TV 무료 보급 신청서 작성(필수)

1. 인적사항(필수정보)

- ① 성명과 주민번호를 기재하고, 장애급수에는 해당 장애를 '✓'로 표시하고 급수를 기재한다.
- ② 휴대전화는 배송·설치 시 필요한 사항으로 바로 연락이 가능한 휴대전화 번호로 기재한다.
(※ 배송 시 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, 일반)에 '✓'로 표시한다.

2. 참고사항

- ① 신청서류는 반납이 불가하며, 당해 연말에 폐기한다.
- ② 국가보훈처 눈귀상이자는 정보확인을 위해 국가유공자증 또는 보상보훈대상자증 사본을 반드시 제출해야 한다.
- ③ 재단은 신청한 성명과 주민번호(13자리)로 보건복지부 시스템을 통해 소득정보 및 장애인 정보를 확인한다.
- ④ 우선순위에 따라 선정 후 보급한다.
(※ 단, 방송수신기 기보급자 등 제외대상은 보급불가)

개인정보 수집·이용·제공 동의서 작성(필수)

- ① 개인 정보 수집·이용·제공 동의서를 충분히 읽어보신 후 동의 여부를 '✓'로 표시한다.
- ② 만 14세 미만 신청자(아동)의 개인 정보 수집·이용·제공은 법정대리인의 동의를 받아야 하므로 만 14세 미만 신청자는 반드시 법정대리인 동의서를 작성해야 함
※ 귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 해당 수집 항목은 TV 보급 적격여부 확인, 배송 및 설치 등에 반드시 필요한 사항이므로, 동의하지 않을 경우 보급 신청이 거부될 수 있음을 유의바랍니다.