

2023년 「장애인 기회소득」 참여 신청서

1. 신청인 인적사항			
성명		주민등록번호	-
성별	☐ 남 ☐ 여	나이	()세
연락처		기타 연락처 (보호자, 법정대리인)	(관계) (연락처)
주 소			
수급여부	☐ 국민기초생활수급자 ☐ 차상위계층 ☐ 해당없음		
장애 유형	☐ 지체장애 ☐ 뇌병변장애 ☐ 시각장애 ☐ 청각장애 ☐ 언어장애 ☐ 지적장애 ☐ 자폐성장애 ☐ 정신장애 ☐ 신장장애 ☐ 심장장애 ☐ 호흡기장애 ☐ 간장애 ☐ 안면장애 ☐ 장루요루장애 ☐ 뇌전증장애 ☐ 중복장애 _____ (해당 장애유형을 작성해주세요.)		
2. 스마트폰 기종 확인			
☐ 삼성(갤럭시) ☐ 애플(아이폰) 신청인의 스마트폰 제조사가 삼성(갤럭시), 애플(아이폰)일 경우 참여 신청이 가능합니다. ※ 단, 아래의 스마트폰 기종에 해당할 경우 장애인 기회소득 신청이 불가합니다. [블루투스 호환이 낮아 스마트워치와 연결이 안되는 기종] - 삼성: 갤럭시J시리즈, A30/31/32, 코어/Max/Wide 시리즈, Jean 2, On7 - IOS: 아이폰 5이하, 아이폰 SE - LG, 기타 외국산 스마트폰 모든 기종			
위와 같이 「장애인 기회소득」을 신청합니다. 2023. . . 신청인(법정대리인): (서명 또는 인)			
경기도장애인복지종합지원센터장 귀하			

개인정보 수집 · 이용 · 제공 및 행정정보 활용 동의서

1. 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의

- ◇ 경기도가 장애인 기회소득 지원여부 확인을 위하여 행정기관 및 업무수행기관에 아래와 같이 개인정보를 제공하고자 합니다. 또한, 참여자로 선정될 경우 기회소득 사업 기간 중, 지급 요건 확인을 위하여 개인정보를 재조회합니다.

제공받는 자	수집 · 이용목적	수집 · 이용 · 제공하는 개인정보 항목	개인정보의 보유 및 이용기간
행정기관 및 누림센터	기회소득 신청 및 자격확인, 만족도 조사 등 사후관리, 장애인 기회소득 관련 통계분석, 정책정보 제공 등	성명, 주민등록번호, 장애유형, 장애정도, 주소, 성별, 연락처, 보호자(법정대리인) 연락처, (세대구성원) 주민등록번호, 계좌번호	신청접수 후 3년 까지
스마트 위치 앱 제공사	스마트위치 배송, 참여자 활동 기록 DB관리 등	성명, 생년월일, 주소, 성별, 연락처, 보호자(법정대리인) 연락처	사업종료 시까지

- ※ 개인정보 수집 · 이용 및 제3자에게 제공 되는 것에 대한 동의를 거부할 할 수 있습니다.
다만, 정보제공에 동의하지 않는 경우 「장애인 기회소득」 사업 신청이 불가합니다.

- ◇ 개인정보 수집 · 이용 및 제3자 제공에 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

- ◇ (14세 미만의 아동인 경우) 법정대리인은 개인정보 수집 · 이용 및 제3자 제공과 관련하여
상기 내용을 숙지하였고 이에 동의합니다. ※ 14세 이상의 본인은 기재할 필요 없음

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

2. 행정정보 공동이용센터 정보 활용 동의

- ◇ 접수기관은 본인과 세대구성원이 동의한 주민등록 등초본, 건강보험납부확인, 건강보험
자격득실확인서 관련 공동이용 행정정보를 확인하기 위해 「개인정보 보호법」 시행령 제19조에
따라 주민등록번호가 포함된 행정정보를 처리할 수 있습니다.

- ※ 행정정보 공동이용센터 정보 활용에 대한 동의를 거부할 수 있습니다.

다만, 동의하지 않는 경우 제출서류 항목을 확인하시어 누락되지 않도록 유의바랍니다.

- ◇ 행정정보 공동이용센터 정보 활용에 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

- ◇ (14세 미만의 아동인 경우) 법정대리인은 행정정보 공동이용센터 정보 활용과 관련하여
상기 내용을 숙지하였고 이에 동의합니다. ※ 14세 이상의 본인은 기재할 필요 없음

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

2023. . .

신청인(법정대리인):

(서명 또는 인)

경기도장애인복지종합지원센터장 귀하

개인정보 수집 · 이용 · 제공 및 행정정보 활용 동의서

1. 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의

- ◇ 경기도가 장애인 기회소득 지원여부 확인을 위하여 행정기관 및 업무수행기관에 아래와 같이 개인정보를 제공하고자 합니다. 또한, 참여자로 선정될 경우 기회소득 사업 기간 중, 지급 요건 확인을 위하여 개인정보를 재조회합니다.

제공받는 자	수집 · 이용목적	수집 · 이용 · 제공하는 개인정보 항목	개인정보의 보유 및 이용기간
행정기관 및 누림센터	기회소득 신청 및 자격확인	세대구성원의 성명·주민등록번호	신청접수 후 3년 까지

2. 행정정보 공동이용센터 정보 활용 동의

- ◇ 접수기관은 본인과 세대구성원이 동의한 건강보험납부확인, 건강보험자격확인 관련 공동이용 행정정보를 확인하기 위해 「개인정보 보호법」 시행령 제19조에 따라 주민등록번호가 포함된 행정정보를 처리할 수 있습니다.

※ 주의사항 (건강보험료를 납부하고 있는 모든 성인 가족은 주민등록번호 기재)

신청인은 상기 1~2번 사항에 대하여 각각 동의를 거부할 수 있습니다.

다만, 이에 대한 동의를 하지 않을 경우에는 대상자 선정이 부득이 제한될 수 있음을 알려드립니다. (세대를 같이하는 모든 구성원의 동의가 필요합니다.)

성명	주민등록번호	관계	1. 수집·이용 및 제공	2 행정정보 공동이용센터 활용	확인(서명)
			☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	
			☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	
			☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	
			☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	
			☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	
			☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음	

2023. . .

신청인(법정대리인):

(서명 또는 인)

경기도장애인복지종합지원센터장 귀하