

2026년 경기도 발달장애인 가족휴식지원사업 신청서

신청 대상자	성명(성별)		☐ 남 ☐ 여	생년월일		거주지	
	대표 연락처			건강상태 (장애/질병)		여행지	
!!! 발달장애(지적 또는 자폐)로 장애 등록이 되어 있으신 분들이 신청 대상자입니다 !!!							
동반 신청 가족	신청인 과의 관계	성 명	성 별	생년월일	건강상태 (장애/질병)	연락처 (비상연락망)	
			☐ 남 ☐ 여				
			☐ 남 ☐ 여				
			☐ 남 ☐ 여				
			☐ 남 ☐ 여				
			☐ 남 ☐ 여				
자율여행	차	월 일 ~ 월 일				[비 고] 날짜 변경 불가 및 차량지원 불가 (개별이동)	
		*신청차수기재					
※ 전년도(2025) 참여 여부				☐ 참여 ☐ 미참여			
돌봄서비스 연계	☐ 신청 ☐ 미신청 ※ 활동지원사 동반이 꼭!! 필요한 가정만 신청 (가족 관계인 경우는 신청 불가) 및 신청자가 많은 경우에는 동반이 어려울 수 있으며, 해당란에 체크하지 않은 경우는 미신청으로 간주함.						
위와 같이 발달장애인 가족휴식지원사업 참여를 신청합니다.							
2026 년 월 일 신청인(대리 신청인) 성명 : _____(서명 또는 인) 신청인과의 관계 : _____(대리 신청의 경우)							
경기북부장애폰가족지원센터 귀하							
★ 신청서 및 첨부서류 안내 ★							
★ 신청서만 제출 시 접수 불가. ★ 첨부서류는 신청일 기준 1개월 이내 발급 및 이름/주민번호가 모두 표기된 서류만 제출 가능.							
1. 2026년 경기도 발달장애인 가족휴식지원사업 참가 신청서(서식1) 2. 개인정보 및 초상권 제공·활용 동의서(서식2) 3. 프로그램 계획서(서식3) 4. 신청대상자 복지카드 사본(앞/뒤 모두) 또는 장애인증명서(장애등록 확인용) - 동반신청 가족 中 장애등록이 되어있으신 경우, 복지카드 사본 추가 제출 4. 발달장애인이 등재된 주민등록표 등본과 가족관계증명서 모두 제출(거주지&가족원 확인용) 5. 자녀가 영유아(9세미만)로 장애등록이 되어있지 않은 경우, 발달장애(지적·자폐성)가 의심된다는 발달재활서비스의뢰서 또는 최근 6개월 이내 발행된 의사 소견서 추가 제출 6. (우선지원 대상자일 경우) 우선지원 결정 대상자임을 증명하는 서류							

개인정보 및 초상권 제공·활용 동의서

경기북부장애폴가족지원센터에서는 개인정보 보호법(제15조, 제17조, 제23조, 제24조)에 따라 개인정보를 보호하고 관련 업무를 처리하기 위하여 귀하의 개인정보를 아래와 같이 수집·이용 및 제3자 제공을 하고자 합니다. 다음의 사항에 대해 충분히 읽어보신 후 동의서에 서명하여 주시기 바랍니다.

1. 제공할 개인정보의 내용

- 개인식별정보(성명, 생년월일(주민번호), 연락처, 주소 등)
- 대상자 자격판정 자료(신청서, 결과보고서 등에 기재된 자격정보, 등급정보, 가구정보, 재산정보)
- 개인이력(서비스 제공이력 등)

2. 수집정보 활용 및 제3자 제공 동의

- 발달장애인 가족휴식지원사업 운영을 위한 이용자관리, 자격관리, 서비스의 지불·정산, 만족도 조사 업무 수행 등에 필요한 정보의 제공
- 여행자보험이나 배상책임보험 등 보험가입에 필요한 정보의 제공
- 서비스 중복 지원 여부 조회를 위한 정보의 제공
- 기타 발달장애인 가족휴식지원사업 운영에 필요한 자료로 활용
- 제공 받는 자: 경기도발달장애인지원센터 등 유관기관

3. 초상권 제공·사용 동의서

- 발달장애인 가족휴식지원사업 홍보 및 운영 관련 자료 제작에 활용될 본인, 가족, 서비스 대상자의 초상권 정보(사진, 동영상 등) 제공 및 활용에 대한 동의

* 귀하께서는 초상권 및 개인정보 제공·활용·사용에 거부할 권리가 있습니다.

단, 위 제공사항은 반드시 필요한 사항으로 거부하실 경우에는 서비스 제공이 불가능함을 알려드립니다.

본인은 「발달장애인 가족휴식지원사업」 이용 관련하여 위 사항의 개인정보를 제공하고 활용·사용하는 것에 대한 내용을 이해하고 이에 동의합니다.

2026 년 월 일

신청대표자(대리신청인) _____ (인/서명)

발달장애인 가족휴식지원사업 프로그램 계획서

프로그램명	2026년 월	제목 :	
사업유형	☒ 자율여행 ☐ 1차 (7월 ~ 8월) ☐ 2차 (9월 ~ 10월)		
참여목적			
일시	2026년 월 일 ~ 일	1박 2일	
장소			
신청대상자 이름			
참여인원	■ 총 인원 : 명	■ 발달장애인 : 명	
		■ 가 족 : 명	
		■ 돌 보 미 : 명	
주요 프로그램			
비고			

2026 년 월 일

경기북부장장애인가족지원센터

자율여행 일정표

※ 신청시 제출X / 추후 선정된 가정에 한해 작성

※ 일정이 미정이라도 사전에 제출한 프로그램 계획서에 맞게 지역 및 1박 2일의 일정에 맞게 간단히 기재

시간	1일차	시간	2일차

안 내 사 항

♥ 첨부서류

- 신청일 기준 1개월이내 발급 및 이름과 주민번호가 모두 표기되어 있는 서류로 제출

♥ 서류제출

- 신청서에 파일 첨부이 어려우실 경우,
서류가 잘리거나 흔들리지 않게 사진으로 촬영 후 신청서와 함께 별도 제출

★ 서류 미비 시

- 신청 접수가 불가하오니, 제출 전 빠진 서류가 없는지 확인해주세요!!

★ 최종확인

- 제출 순차적으로 서류 검토 후,
신청접수완료 또는 추가서류요청 등 보내신 메일로 접수여부 회신 예정.
신청기간 내 접수완료 메일을 꼭 확인해주세요.