

발달장애인 가족휴식지원사업 신청서 [작 성 예 시]

신청 대상자	성명(성별)	신 짜 구 ☒ 남 ☐ 여	생년월일	02.01.01	거주지	의정부
	대표연락처	010-1234-5678 (부)	건강상태 (장애/질병)	지적장애	여행지	강원도
!!! 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)
	부	신 형 만	☒ 남 ☐ 여	86.11.23	X	010-1234-5678
	모	봉 미 선	☐ 남 ☒ 여	88.02.05	X	010-8765-4321
	동생	신 짜 아	☐ 남 ☒ 여	19.10.04	X	-
	※ 연락처는 휴식지원사업과 관련된 모든 사항을 담당자와 연락 및 소통 가능한 전화번호로 기재 ※					
가족휴식지원 (3개 中 택1)		☐ 힐링캠프(단체)	(차) 참여 일자(예정) 월 일 ~ 월 일			
		☒ 테마여행	(1 차) 참여 일자(예정) 6 월 22 일 ~ 6 월 23 일			
		☐ 자율여행	(차) 참여 일자(예정) 월 일 ~ 월 일			
		※ 전년도(2023) 참여 여부 ☐ 참여 ☒ 미참여				
돌봄서비스 연계		☐ 신청 ☒ 미신청 ※ 활동보조선생님 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.

2024 년 4 월 17 일

신청인(대리 신청인) 성명 : 신 형 만 (신형만)

신청인과의 관계 : 부 (대리 신청의 경우)

경기북부장애행가족지원센터 귀하

★★★★ 신청 구비 서류 ★★★★★

!!! 신청서만 제출 시 접수 불가. 구비 서류 필수 제출 및 신청일 기준 6개월 이내 서류만 제출 가능.

1. 발달장애인 가족휴식지원사업 신청서 / 개인정보 제공 및 활용 동의서 / 프로그램계획서 / 여행일정표 (총 5장)
2. 신청대상자 복지카드 사본(앞, 뒤 모두) 또는 장애인증명서(장애인등록 확인용)
 - 동반신청가족 中 장애 등록이 되어있는 경우에도 복지카드 사본 또는 장애인증명서 추가 제출
3. 발달장애인이 등재된 주민등록등본 또는 가족관계증명서(가족원 확인용)
4. (우선지원 결정 대상자일 경우) 기초생활보장수급자 또는 차상위증명서
5. 자녀가 영유아(만6세 미만)로 미등록인 경우, 발달장애(지적·자폐)가 의심된다는 의사소견서 또는 발달재활서비스의뢰서

개인정보 수집·이용 동의서

경기북부장애평가족지원센터는 개인정보 보호법 제15조, 제17조, 제23조, 제24조에 따라 정보주체의 개인정보를 보호하고 관련 업무를 처리하기 위하여, 귀하의 개인정보를 아래와 같이 수집·이용을 하고 제3자 제공 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 배상책임보험 등 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)	- 발달장애인 가족휴식지원사업 운영을 위한 이용자 관리, 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	계약기간 활용

※ 귀하께서는 개인정보 제공 및 활용에 거부할 권리가 있습니다.

○ 거부에 따른 불이익 : 위 제공사항은 서비스 제공 등으로 반드시 필요한 사항으로 거부하실 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 운영을 위한 이용자관리, 자격관리, 서비스의 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 거부하실 경우 서비스 제공이 불가능함을 알려드립니다.

☒ 동의함

☐ 동의하지 않음

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

2024 년 4 월 17 일

신청대표자 생년월일 : 1986 년 11 월 23 일

신청대표자 성 명 : 신 형 만 (신형만)

[서식3] 발달장애인 가족휴식지원사업 프로그램 계획서

발달장애인 가족휴식지원사업 프로그램 계획서

프로그램명	2024년 6 월
사업유형	☐ 힐링캠프(단체) ☒ 테마여행 : 문화탐방/맛집탐방 ☐ 자율여행
참여목적	여행 목적 기재 (예: 자녀와 함께하는 강릉 문화와 맛집 탐방)
일시	2024 년 6 월 22 일 - 6 월 23 일 (1박 2일)
장소	강 원 도 강 릉
신청대상자 이름	신 짱 구
참여인원	총 인원 : 4 명 • 가 족 : 3 명 • 발달장애인 : 1 명 • 돌 보 미 : 명
주요 프로그램	예시: 강릉 중앙시장 체험 강릉 해수욕장 물놀이 하슬라아트월드 관람 맛집 탐방 등
비고	

2024 년 4 월 17 일

경기북부장애행가족지원센터

테마여행/자율여행 일정표

※ 신청 시 여행 계획이 정해지지 않았더라도 지역 및 1박 2일의 일정에 맞게 간단히 기재 ※			
시 간	1 일 차	시 간	2 일 차
07:00 ~ 10:00	강릉으로 출발 !	09:00 ~ 11:00	조식 및 체크인
10:00 ~ 11:30	강릉 도착 및 맛집에서 점심식사	11:00 ~ 13:00	하슬라아트월드 체험
11:30 ~ 14:30	강릉 해수욕장 물놀이 체험	13:00 ~ 16:30	점심식사 및 멋진 카페 탐방
14:30 ~ 17:00	간식타임 및 숙소로 이동/휴식	16:30 ~	귀가 및 휴식/취침 여행 끝 !
18:00 ~ 21:00	장보기 및 가족들과 함께하는 바비큐 파티		
21:00 ~	정리 및 휴식/취침		

경 기 북 부 장 애 인 가 족 지 원 센 터