

## 발달장애인 부모교육지원 신청서

신청인	성명(성별)	(□남 □여)			생년월일		
	연락처				장애여부		
동반 신청 가족	신청인 과의 관계	성 명	성별	생년월일	건강상태 (장애/질병)	연 락 처	비고
			□남 □여				영유아기부모교육
			□남 □여				
			□남 □여				
			□남 □여				
부모교육지원		<b>■ 영유아기 부모교육 ( ■ 기본형 □ 자율형 □ 자조모임형 )</b> - 참여일자 :            년       월       일 * 일정 첫 날짜					
		<input type="checkbox"/> 성인전환기 발달장애인 자녀 진로상담 및 코칭 ( <input type="checkbox"/> 현장체험형 <input type="checkbox"/> 멘토형 <input type="checkbox"/> 자조모임형 ) - 참여일자 :            년       월       일 * 일정 첫 날짜 <input type="checkbox"/> 성인권 교육 ( <input type="checkbox"/> 상담형 <input type="checkbox"/> 강의형 <input type="checkbox"/> 토론형 <input type="checkbox"/> 사례연구형 ) - 참여일자 :            년       월       일 * 일정 첫 날짜					

위와 같이 발달장애인 부모교육지원 사업 참여를 신청합니다.

년                  월                  일

신청인(대리 신청인) 성명 : (서명 또는 인)

신청인과의 관계 : (대리 신청의 경우)

진주시장애인종합복지관 귀하

## 신청시 구비서식

1. 개인정보 제공 및 활용 동의서(서식 1-1호)
2. 복지카드사본 또는 장애인증명서
3. (필요시) 우선 선정 대상자를 증명할 수 있는 서류
  - 기초생활보장수급자 증명서, 건강보험료 납부확인서, 가족관계증명서 또는 주민등록표등본 등

## 개인정보 제공 및 활용 동의서

본인은 『발달장애인 부모교육지원사업』 이용과 관련하여 다음의 개인정보를 제공하고 활용하는 것에 내용을 이해하고 이에 동의합니다.

### 1. 개인정보의 수집·이용 동의

[수집하려는 개인정보 항목]

성명, 성별, 생년월일, 연락처, 동반신청가족의 개인정보(신청인과의 관계, 성명, 성별, 생년월일, 연락처), 부모교육 지원여부, 돌봄서비스 연계여부

[개인정보 수집·이용 목적]

- 발달장애인 부모교육지원 사업 운용을 위한 이용자관리, 자격관리, 서비스의 지불·정산, 만족도 조사 업무 수행 등에 필요한 정보의 제공
- 기타 발달장애인 부모교육지원 사업 운영에 필요한 자료로 활용

[개인정보의 보유 및 이용 기간]

목적 달성 시 지체없이 파기

\* 참여자는 상기 정보의 수집·이용을 동의하지 않을 권리가 있으며, 동의하지 않을시 부모교육지원사업 이용에 제약이 있을 수 있습니다.

☐ 동의함

☐ 동의하지 않음

### 2. 민감정보의 수집·이용 동의

[수집하려는 민감정보 항목]

건강상태(장애여부)

[민감정보 수집·이용 목적]

- 발달장애인 부모교육지원 사업 운용을 위한 이용자관리, 자격관리, 서비스의 지불·정산, 만족도 조사 업무 수행 등에 필요한 정보의 제공
- 기타 발달장애인 부모교육지원 사업 운영에 필요한 자료로 활용

[민감정보의 보유 및 이용 기간]

목적 달성 시 지체없이 파기

\* 참여자는 상기 정보의 수집·이용을 동의하지 않을 권리가 있으며, 동의하지 않을시 부모교육지원사업 이용에 제약이 있을 수 있습니다.

☐ 동의함

☐ 동의하지 않음

### 3. 개인정보의 제3자 제공 동의

[제공하려는 민감정보 항목]

성명, 성별, 생년월일, 연락처, 동반신청가족의 개인정보(신청인과의 관계, 성명, 성별, 생년월일, 연락처), 부모교육 지원여부, 돌봄서비스 연계여부, 건강상태(장애여부)

[개인정보를 제공받는 자]

보건복지부, 중앙 및 지역발달장애인지원센터

[개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용목적]

- 발달장애인 부모교육지원 사업 운영에 필요한 자료로 활용

[민감정보의 보유 및 이용 기간]

목적 달성 시 지체없이 파기

\* 참여자는 상기 정보의 제공을 동의하지 않을 권리가 있으며, 동의하지 않을시 부모교육지원사업 이용에 제약이 있을 수 있습니다.

☐ 동의함

☐ 동의하지 않음

년                  월                  일

신청인(대리신청인)                                  (서명)

진주시장애인종합복지관 귀하