

접수일자	
접수번호	

장애인 편의증진 보조기기 지원사업 추천서

추천 기관 정보

기관명			대표자		
기관주소					
홈페이지					
담당자	성명		소속/직위		
연락처	직통전화		휴대전화		
	FAX		E-mail		

대상자 기본정보

성명			생년월일	(만세)	
성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	신장		체중	
연락처	집전화		휴대전화		
보호자	성명		대상자와의 관계		
	집전화		휴대전화		
주소					
거주상황	주거형태	<input type="checkbox"/> 아파트 <input type="checkbox"/> 단독주택 <input type="checkbox"/> 연립/빌라 <input type="checkbox"/> 기타()			
	소유유형	<input type="checkbox"/> 자가 <input type="checkbox"/> 전세 <input type="checkbox"/> 월세 <input type="checkbox"/> 영구임대 <input type="checkbox"/> 기타()			
	생활환경	<input type="checkbox"/> 독거 <input type="checkbox"/> 가족() <input type="checkbox"/> 기타()			
경제사항	의료급여대상	<input type="checkbox"/> 수급권자 <input type="checkbox"/> 차상위 <input type="checkbox"/> 본인의료급여			
	건강보험대상	<input type="checkbox"/> 지역건강보험 <input type="checkbox"/> 직장건강보험			
	건강보험납입료				
장애관련	장애유형	장애 / 급			
	중복장애	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 (장애 / 급)			

장 애 상 태

장애 원인, 발생 시기, 진단 받은 병명 등 신청자의 장애와 관련된 내용을 서술	※ 진단명 예시 ① 뇌병변 : 뇌성마비, 뇌졸중 등 ② 지체 : 근육병, 척수손상 등

지원자 사진

신체상태를 알 수 있는 사진 (변형 부위, 사용 환경 등)	※ 사진 수량 제한 없음 ※ 사진 사이즈 50*60 / 1장 들어갈 경우 50*30 / 2장 들어갈 경우 25*30 / 2장 들어갈 경우
① 착석 자세	② 기립 자세
	
③ 불편한 부위(신체 변형 등)	④ 사용 환경(일상생활 환경)
	

보조기기 사용 현황

보조기구 명	보유 경로

신청 보조기기

※ 예산 125만원 범위 내에서 신청해주시기 바랍니다.

신청 보조기기의 유형 및 명칭(모델)과 사진을 첨부	
보조기구 유형 및 명칭(모델명)	사 진 (50*60)
	

보조기기 활용계획

현재 생활환경의 불편사항을 포함한 보조기기의 지원 필요성 및 향후 기대효과를 자세히 서술

보조기기 활용	사 용 장 소	<input type="checkbox"/> 학교 <input type="checkbox"/> 가정 <input type="checkbox"/> 기타()
	주 지 원 자	<input type="checkbox"/> 가족(<input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 형제) <input type="checkbox"/> 기타()
	활 용 빈 도	<input type="checkbox"/> 매일사용 <input type="checkbox"/> 주5회사용 <input type="checkbox"/> 주2~4회사용 <input type="checkbox"/> 주1회사용

【 개인정보 수집·이용 동의서 】

■ 기본 개인정보 수집·이용

기본 개인정보의 수집 및 이용목적	장애인보조기구 사례관리사업 서비스 제공
기본 개인정보의 보유 및 이용기간	5년
수집하는 기본 개인정보 항목	성명(의뢰인), 연락처(의뢰인), 주소(의뢰인), 성명(대상자), 성별, 소속(직업), 생년월일, 연령, 연락처(대상자), 주소(대상자), e-mail, 사진, 동영상 등이 포함된 지원 신청서 서류 상의 개인정보
동의 거부 권리 및 동의 거부에 따른 불이익 내용 또는 제한사항	귀하는 개인정보 제공 및 동의를 거부할 권리가 있으며, 위 항목 동의 거부 시 상담 등 서비스 이용이 어려워질 수 있습니다

기본 개인정보 수집 및 이용에 동의함 ☐

동의하지 않음 ☐

■ 민감정보 수집·이용

민감정보 수집 및 이용 목적	장애인보조기구 사례관리사업 서비스 제공
민감정보의 보유 및 이용기간	5년
수집하는 민감정보 항목	장애유형/등급, 장애발생시기, 장애발생원인, 장애 상태, 동거 및 주거형태, 경제상황, 받고 있는 서비스, 사용 보조기구 등이 포함된 지원 신청서 서류 상의 개인 정보
동의 거부 권리 및 동의 거부에 따른 불이익 내용 또는 제한사항	귀하는 개인정보 제공 및 동의를 거부할 권리가 있으며, 위 항목 동의 거부 시 상담 등 서비스 이용이 어려워질 수 있습니다.

민감정보 수집 및 이용에 동의함 ☐

동의하지 않음 ☐

■ 개인정보 제3자 제공

개인정보를 제공받는 자	보건복지부 장애인정책국 장애인자립기반과, 장애인 정책 및 서비스 조사 기관, 중앙보조기구센터, 추천 기관, 지원 대상자 선정 심사 위원, 납품 업체
개인정보를 제공 받는 자의 개인정보 이용목적	장애인보조기구 관련 정책방향 수립(만족도 조사 등) 및 지원 대상자 서류 심사, 납품 보조기기 대상자 확인 등
제공되는 개인정보 항목	지원 신청서 등 제출된 서류 상의 개인 정보
개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용기간	1년
동의 거부 권리 및 동의 거부 따른 불이익 내용 또는 제한사항	귀하는 개인정보 제공 및 동의를 거부할 권리가 있으며, 위 항목 동의 거부 시 서비스 이용이 어려워질 수 있습니다.

개인정보 제3자 제공에 동의함 ☐

동의하지 않음 ☐

※ 개인정보 제공자가 동의한 내용외의 다른 목적으로 활용하지 않으며, 제공된 개인정보의 이용을 거부하고자 할 때에는 개인정보 관리책임자를 통해 열람, 정정, 삭제를 요구할 수 있습니다.

※ 만 14세 미만 아동이거나 인지 및 판단 능력의 제한이 있는 경우 반드시 법적대리인의 동의가 필요함.

본인은 「개인정보보호법」에 의거 위와 같이 개인정보 수집·이용에 동의합니다.

201 년 1월 1일

성명 : (인)

경상남도보조기구센터장 귀하

<개인정보 관리책임자>

소속	개인정보관리책임관	개인정보 취급자	직위	이메일	연락처
경상남도보 조기구센터	임효진	조재덕	팀장	gnatc@naver.com	055)270- 7576