

접수일자	
접수번호	

# 장애인 편의증진 보조기기 지원사업 주천서

## 주천 기관 정보

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

## 대상자 기본정보

성명			생년월일	(만 세)	
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	
	증복지장애	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	( )	장애 /

## 장애상태

장애 원인, 발생 시기, 진단 받은 병명 등  
신청자의 장애와 관련된 내용을 서술

### ※ 진단명 예시

- ① 뇌병변 : 뇌성마비, 뇌졸증 등
- ② 지체 : 근육병, 척수손상 등

## 지원자 사진

신체상태를 알 수 있는 사진  
(변형 부위, 사용 환경 등)

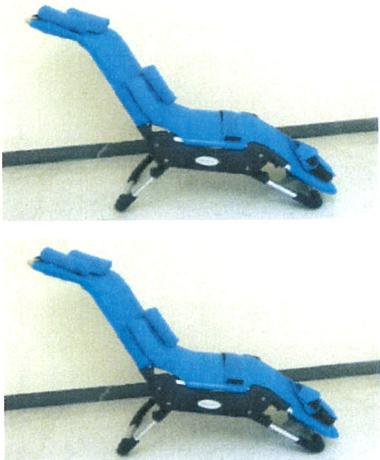
① 착석 자세



※ 사진 수량 제한 없음

※ 사진 사이즈 50\*60 / 1장 들어갈 경우  
50\*30 / 2장 들어갈 경우  
25\*30 / 2장 들어갈 경우

② 기립 자세



③ 불편한 부위(신체 변형 등)



④ 사용 환경(일상생활 환경)


## 보조기기 사용 연장

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

후전자 의견

장애(질환)으로 인한 현재 불편한 점과 지원 시급, 필요, 효과성을 자세히 서술

지원 신청자와 추천자 및 기관은 장애인 편의증진 보조기기 지원사업을 통해 보조기기를 지원받고자 위와 같이 추천서를 제출합니다.

지원 신청자와 추천자는 지원 신청서 상에 작성된 내용이 사실과 다름이 없음을 확인하였으며, 서류심사를 통해 협장평가 대상자로 선정될 경우 대면을 통한 상담, 평가에 반드시 협조하여야 합니다.

또한 최종 지원 대상자로 선정될 경우 사진 활용 및 보조기기 활용 수기 제출 등에 협조하여야 합니다.

이에 지원 신청자와 추천자는 관련 내용을 충분히 확인 하였으며, 작성된 내용이 사실과 다를 경우 발생될 수 있는 불이익과 어떠한 선정결과에도 이의를 제기할 수 없음을 확인했습니다.

2016년 월 일

지원 신청자 또는 지원 신청자의 (관계): (서명)

지원 추천 기관: (직인) 지원 추천자: (서명)

- 제출서류**

  - 신청서(소정양식) 1부
  - 개인정보수집이용동의서 1부
  - 장애인 증명서 또는 장애인 복지카드 사본 1부
  - 건강보험납입 증명서 또는 수급자(차상위) 증명서 1부

## 【 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 받는자의 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 제공받는자의 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 월 일  
성명 : (인)

경상남도보조기구센터장 귀하

### <개인정보 관리책임자>

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