

[공통서식 제1호] 2020. 1. 변경

[별지 제1호의4서식] <개정 2020.1.1>

[1 면]

| 사회보장급여(사회서비스이용권) 신청(변경)서 | | | | | | | | | | 처리기간 : 14일 (영유아보육료, 장애인활동지원, 발달장애인 주간활동서비스 및 방과후활동서비스는 30일) | | |
|--|-----------------------|---------------------|---|-------|--|--|------------------------|--|-------------|--|--------------------------|--|
| 신청인 | 성명 | 주민등록번호 (외국인등록번호) | | | 세대주와의 관계 | 전화 번호 | | | | | | |
| | 주소 | | | | | | 휴대전화 | | | | | |
| | | | | | | | 전자우편 | | | | | |
| 가족 사항 | 세대주와의 관계 | 성 명 | 주민등록번호 (외국인등록번호 등) | 동거여부 | 건강상태 (장애/질병) | 직장명 | 전화번호 (집/직장) | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| ※ 배우자 관계 (<input type="checkbox"/> 법률혼 <input type="checkbox"/> 사실혼 <input type="checkbox"/> 사실상 이혼) | | | | | | | | | | | | |
| 본인부담금 환급계좌 | | 성 명 | | 금융기관명 | | 계좌번호 | | 예금주 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 제출처 사회보장급여 내용 | | | | | | | | | | | | |
| []보육료지원· 유아학비지원 (아이행복카드) | 지원대상자 | | 신청구분 | | | | | | | | | |
| | | | [] 어린이집(0~2세) 기본([] 장애 [] 다문화), [] 어린이집 (0~2세) 연장, [] 어린이집 방과후 [] 어린이집 (3~5세)([] 장애 [] 다문화), [] 장애아 보육료(6~12세) [] 유치원 유아학비(3~5세)([] 사립유치원 저소득층 유아학비) | | | | | | | | | |
| | | | [] 어린이집(0~2세) 기본([] 장애 [] 다문화), [] 어린이집 (0~2세) 연장, [] 어린이집 방과후 [] 어린이집 (3~5세)([] 장애 [] 다문화), [] 장애아 보육료(6~12세) [] 유치원 유아학비(3~5세)([] 사립유치원 저소득층 유아학비) | | | | | | | | | |
| | | | [] 어린이집(0~2세) 기본([] 장애 [] 다문화), [] 어린이집 (0~2세) 연장, [] 어린이집 방과후 [] 어린이집 (3~5세)([] 장애 [] 다문화), [] 장애아 보육료(6~12세) [] 유치원 유아학비(3~5세)([] 사립유치원 저소득층 유아학비) | | | | | | | | | |
| | | | * 어린이집(0~2세) 연장보육자격을 신청한 경우라도, 자격 확인 결과에 따라 어린이집(0~2세)기본보육 자격으로 변경될 수 있습니다. | | | | | | | | | |
| 읍면동 주민센터 | []가사간병 방문지원 | | 지원대상자 | | | | | | 신청요건(1개 선택) | | 서비스시간 | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | [] 장애정도가 심한 장애인 [] 중증질환자 [] 희귀난치성질환자 [] 소년소녀가정 [] 조손가정 [] 한부모가정(법정보호세대) [] 기타 시군구청장이 인정하는 자 | | | | | | | | [] 월 24시간 [] 월 27시간 | |
| | | | [] 장기입원 사례관리 퇴원자 | | | | | | | | [] 월 40시간 | |
| | []장애아동 가족지원 | | 지원대상자 | | 장애 유형 | [] 뇌병변장애 [] 청각장애 [] 시각장애 [] 언어장애 [] 지적장애 [] 자폐성장애 [] 미등록 (영유아) | | | | | | |
| | | | 장애등급 | | [] 장애정도가 심한 장애인 [] 장애정도가 심하지 않은 장애인 [] 미등록 | | | | | | | |
| | | | 필요서비스 (중복 체크가능) | | [] 언어 [] 청능 [] 미술심리재활 [] 음악재활 [] 행동 [] 놀이심리 [] 재활심리 [] 감각발달재활 [] 운동발달재활 [] 심리운동 [] 기타() | | | | | | | |
| | | | 지원대상자 | | | | | | | | | |
| | []발달 장애인 지원 | | 지원대상자 | | 자녀와의 관계 | | [] 부 [] 모 [] 기타() | | | | | |
| | | | 장애 유형 및 등급 | 장애유형 | [] 지적장애 [] 자폐성장애 [] 미등록(영유아) | | 장애 정도 | [] 장애정도가 심한 장애인 [] 장애정도가 심하지 않은 장애인 | | | | |
| | | | 장애 유형 및 등급 | 장애유형 | [] 지적장애 [] 자폐성장애 | | 장애 정도 | [] 장애정도가 심한 장애인 [] 장애정도가 심하지 않은 장애인 | | | | |
| | | | 지원유형 | | [] 주간활동서비스 ([] 44시간 [] 88시간 [] 120시간) ※ 88시간/120시간 이용시 장애인활동지원급여가 일부 차감됩니다. [] 방과후활동서비스 | | | | | | | |
| | []지역사회 서비스 | | 지원대상자 | | 서비스명 | | | | | | | |
| | | | 지원대상자 | | 서비스명 | | | | | | | |
| | []여성청소년 보건위생 물품지원 | | 지원대상자 | | 지원신청 | | 청소년본인 또는 부모, 주양육자 신청가능 | | | | | |
| 지원대상자 | | | | | | | | | | | | |

210mm×297mm(일반용지 60g/mi(재활용품))

| | | | | | | |
|-------------------|-------------------|--|-------------------------------|--|---|----------|
| | [] 장애인활동지원 | 지원대상자 | | | | |
| | | 긴급활동지원 | [] 해당 (* 신규신청자인 경우에만 신청 가능) | | | |
| | | 활동지원급여 | 신청유형 | [] 신규신청 | [] 변경신청 | [] 갱신신청 |
| | | | 변경신청 사유 (* 해당하는 항목에 모두 체크) | 장애평가의 변화 | | [] 학교생활 |
| | | | | 직장생활 | | [] 취약가구 |
| 독거(1인)가구 (19세 이상) | | | | [] 거주지 이전 | | |
| 보건소 | [] 산모신생아 건강관리지원 | 특별지원급여 | | [] 출산 [] 자립준비 [] 보호자일시부재([] 결혼 [] 사망 [] 출산 [] 입원 [] 지역사회보호자) (* 해당하는 항목에 모두 체크) | | |
| | | | 지원대상자 | 출산(예정)일 | 년 월 일 | |
| | | | 지원 유형 | [] 단태아([] 첫째아 [] 둘째아 [] 셋째아 이상), [] 쌍생아([] 둘째아 [] 셋째아 이상) [] 삼태아 이상 [] 장애정도가 심한 산모 | | |
| | | | 신청요건 | 기본 지원대상 | [] 자격확인(생계·의료·주거·교육급여 수급자 또는 차상위) [] 소득기준 이하 | |
| | | 서비스 제공 장소 | [] 자택 [] 기타 | | | |
| 보건소·주민센터 | [] 저소득층기거귀조제분유지원 | 지원대상자 | | | | |
| | | 지원 유형 (중복 체크가능, 조제분유는 변경 신청인 경우만 단독 신청가능) | 기본 지원대상 | [] 기저귀([] 국기초 [] 차상위 [] 한부모 [] 기타) [] 조제분유([] 산모의 사망·질병 [] 아동복지시설 등 아동 [] 기타) | | |
| | | | 예외 지원대상 (지자체차제 사업) | [] 기저귀([] 국기초 [] 차상위 [] 한부모 [] 기타) [] 조제분유([] 산모의 사망·질병 [] 아동복지시설 등 아동 [] 기타) | | |

| | |
|-----------------|--------------|
| 개인정보 수집 및 활용 동의 | 확인 (√ 체크) |
|-----------------|--------------|

| | |
|---|-----|
| 1. 개인정보 활용 목적 등 신청서를 접수한 보장기관의 장이 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제7조 및 제19조에 따라 지원대상자의 선정 및 확인조사 등을 위하여 개인정보를 활용하고자 합니다. | [] |
| 2. 활용할 개인정보와 동의요청 범위 인적사항 및 가족관계 확인에 관한 정보, 소득·재산·근로능력·취업상태에 관한 정보, 사회보장급여의 수혜이력에 관한 정보, 그밖에 수급권자를 선정하기 위하여 필요한 정보로서 주민등록전산정보·가족관계등록전산정보(보육료지원의 경우 본인, 배우자 및 직계비속 정보, 유아학비지원의 경우 본인, 배우자 및 직계존비속 정보), 금융·국세·지방세, 토지·건물·건강보험·국민연금·고용보험·산업재해보상보험·출입국·병무·보훈급여·교정 등 자료 또는 정보에 대하여 정기적으로 관계기관에 요청하거나 관련 정보통신망(행정정보 공동이용 포함)을 통해 조회 및 적용하는 것에 대하여 동의합니다. | |
| 3. 개인정보 보유 및 파기 같은 법 제34조에 따라 5년간 보유하고(지원대상자 보호에 필요한 사회보장정보는 5년을 초과하여 보유할 수 있음), 그 기간이 경과하면 파기함을 고지합니다. | |

| | |
|------|--------------|
| 유의사항 | 확인 (√ 체크) |
|------|--------------|

| | |
|---|-----|
| 1. 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」, 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 및 관계 법률에 따라 허위 또는 기타 부정한 방법으로 급여를 받거나 타인으로 하여금 급여를 받게 한 경우, 급여 지급 사유가 소급하여 소멸한 경우 등에는 보장비용을 지급한 보장기관이 그 비용의 전부 또는 일부를 그 급여를 받은 자 또는 급여를 받게 한 자로부터 환수할 수 있으며, 해당 법률에서 정한 바에 따라 징역, 벌금, 구류 또는 과태료 등의 처분을 받을 수 있습니다. | [] |
| 2. 사회보장급여의 제공여부 결정에 필요한 조사를 거부, 방해 또는 기피할 경우 관계 법률에 따라 신청이 각하되거나 결정이 취소되고, 급여가 정지 또는 중지되거나, 과태료 등이 부과될 수 있습니다. | [] |
| 3. 이 신청에 따라 사회보장급여를 제공받으면 거주지, 세대원, 소득·재산상태, 근로능력, 수급이력 등이 변동되었을 때 변동사유를 신고하지 않거나 허위로 신고한 경우 해당 급여는 환수될 수 있으며, 관계 법률에 따라 형사 처벌 또는 과태료 등의 처분을 받을 수 있습니다. | [] |
| 4. 사회보장급여 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환되지 않습니다. | [] |

| | |
|--------|---|
| 추가제출서류 | 1. 신청인(대리 신청인)의 신분을 확인할 수 있는 서류 * 대리신청의 경우에는 위임장 및 대리신청인, 신청인의 신분을 확인할 수 있는 서류 2. 통장계좌번호 사본 1부(해당자에 한함) 3. 어린이집(0~2세) 연장보육 신청의 경우 취업 증명 등을 위하여 보건복지부장관이 정한 연장보육 자격 확인이 가능한 서류(해당자에 한함) 4. 건강 진단서(해당자에 한함) 5. 조제분유 지원신청의 경우 의사진단서(소견서), 가족관계증명서 등 산모의 질환 또는 사망을 증명하는 서류 및 시설입소증명서, 가정위탁보호확인서 등 시설아동, 가정위탁아동 등임을 증명하는 서류 |
|--------|---|

본인(대리신청인 포함)은 개인정보활용동의와 기타 유의사항에 대하여 담당공무원으로부터 안내받았음을 확인하며, 위와 같이 사회보장급여(사회서비스이용권)를 신청합니다.

신청인(대리 신청인¹⁾) 성명 : _____ (서명 또는 인)
신청인과의 관계 : _____ (대리 신청의 경우)
년 월 일

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

1) 가족, 친족(8촌이내의 혈족, 4촌이내의 인척), 사회복지담당공무원 및 기타 관계인(후견인) 등
210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

■ 사업운영 자체 서식 (적용 2018.1.1.)

사회서비스 전용 국민행복카드 발급(재발급) 신청서

| | | | |
|-----------|------------|---|------------------------------------|
| 발급 대상자 | 대상자 | 성명(한글) | 주민등록번호 |
| | 대리인 | 성명(한글) | 생년월일 대상자와의 관계 |
| | 미성년자 발급동의서 | ① 징구 ② 미징구 ※ 만14세미만 아동은 법정대리인 동의 필요 | |

| | | | |
|------|--|-------|---|
| 신청구분 | <input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> 재발급 | 재발급사유 | <input type="checkbox"/> 분실 <input type="checkbox"/> 훼손 <input type="checkbox"/> 기타 |
|------|--|-------|---|

| | | | | | | |
|-----------|-----|--|---------------------------------|------|---|--|
| 카드 수령지 | 수령인 | □ 발급대상자 □ 보호자(가족 등) | 대상자와의 관계 : ※ 수령자가 보호자인 경우 기재 | | | |
| | | 성명 | 생년월일 | 전화번호 | - | |
| | 수령지 | ① 자택 ② 직장 ③ 읍·면·동주민센터 ※ 자택, 직장, 읍·면·동주민센터 중 희망 수령지를 체크하고 주소, 전화번호를 기재 | | | | |
| | 자택 | □□□□□ | 전화번호 | - | | |
| | 직장 | □□□□□ | 전화번호 | | | |

| | | | |
|-----------------------|---|-----|------|
| 본인 부담금 환급 계좌 | 예금주 | 은행명 | 계좌번호 |
| | * 대상사업 : 노인돌봄종합서비스(방문·주간보호·단기가사), 장애인활동지원, 가사간병방문지원 | | |

고 이 이

신청인(대리신청인)

(서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장, 한국사회보장정보원장

귀하

안내 및 유의사항

- ▶ **신청대상** : 만14세미만 아동, 만75세이상 노인, 노인단기가사서비스 대상자, 장애인활동지원서비스 대상자 중 발달장애인(지적·자폐), 지역사회서비스 대상자 중 정신건강 토탈케어, 장애인·노인 돌봄여행, 치매환자 가족여행

- 전자이용권(바우처) 사업 서비스 대상자(본인) 명의로 사회서비스 전용 국민행복카드가 발급됩니다.
- 이미 사회서비스 전용 국민행복카드를 보유하고 있는 경우에는 추가로 발급받을 필요가 없으며, 기존 카드를 이용하실 수 있습니다.

[공통서식 제3호]

국민행복카드 상담전화를 위한 개인정보 제공동의서

※ []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

| | |
|--------------|--|
| 개인정보 제공동의 | 국민행복카드 발급에 필요한 안내 및 확인(상담전화(TM))을 위하여 신청서에 기재된 개인정보를 다음과 같이 제공하는 데 동의하십니까? - 제공항목 : 성명, 연락처(주택, 휴대전화), 서비스신청 전자이용권(바우처) 사업명 - 제공목적 : 국민행복카드 발급 및 본인 확인 - 제공받는 기관 : 신청인이 지정한 국민행복카드 사업자(카드사) - 보유기간 : 카드발급 완료 등 보유 목적이 달성될 때까지 [] 동의함 [] 동의하지 않음 |
|--------------|--|

| | | | |
|--------------|---|--|--|
| 신청카드 (택1) | BC카드 | | |
| | [] IBK기업은행 [] NH농협 [] SC제일은행 [] 롯데카드 [] 삼성카드 | | |
| | [] 경남은행 [] 광주은행 [] 대구은행 | | |
| | [] 부산은행 [] 수협은행 [] 우리은행 | | |
| | [] 전북은행 [] 제주은행 [] 우체국 | | |

본인은 본 동의서의 내용에 대하여 담당공무원으로부터 안내받았음을 확인합니다.

년 월 일

신청인(대리신청인) : (서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장, 한국사회보장정보원장, 국민행복카드 사업자(BC카드, 삼성카드, 롯데카드) 대표 귀하

안내 및 유의사항

▶ 신청대상 : 만19세이상

- 전자이용권(바우처) 사업 서비스 대상자(본인) 명의로 국민행복카드가 발급됩니다.
- 이미 국민행복카드를 보유하고 있는 경우에는 추가로 발급받을 필요가 없으며, 기존 카드를 이용하실 수 있습니다.
- 본 동의를 거부할 수 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 신청하신 전자이용권(바우처) 사업은 국민행복카드로 서비스 이용 및 결제가 가능하므로, 국민행복카드가 없는 경우에는 가까운 국민행복카드 영업점(은행, 우체국, 카드센터 등) 방문, 카드사별 홈페이지 접속 또는 콜센터에 연락하여 직접 카드 발급을 신청할 수 있습니다.
- 국민행복카드는 신용카드, 체크카드 중 이용자가 선택하여 발급이 가능합니다. 다만, 카드사의 신용심사결과에 따라 신용카드 발급이 제한될 수 있으며 자세한 내용은 카드사를 통해 확인하시기 바랍니다.
- 계좌압류자, 신용불량자 등 신용 또는 체크카드 발급이 불가능한 경우에는 예외적으로 전용카드가 발급되며, 이용자의 선호에 따라 전용카드가 발급되지는 않습니다.

[공통서식 제4호]

■ 사업운영 자체 서식 (적용 2016.11.30.)

사회서비스 전용 국민행복카드 발급을 위한 법정대리인 동의서

| | | | | |
|------------------------|--------|--|--|--|
| 카드발급 신청인 (지원대상자) | 성명(한글) | | | |
| | 주민등록번호 | | | |

| | | | | |
|-------|--------|--|-----|---|
| 법정대리인 | 성명(한글) | | | |
| | 생년월일 | | 연락처 | - |

상기 본인(법정대리인)은 카드 발급 신청인을 대리하여 국민행복카드의 발급 및 동 카드의 사용에 동의합니다.

년 월 일

법정대리인 (서명 또는 인)

한국사회보장정보원장 귀하

안내 및 유의사항

- 국민행복카드 발급 신청인이 만14세미만 아동인 경우에만 작성합니다.
- 카드 발급 신청인란에 국민행복카드 발급 대상자 정보를 기재합니다.

[공통서식 제5호]

사회서비스 이용자 준수사항 안내확인 동의서
(시·군·구용)

안녕하십니까?

귀하가 00년 00월 00일 신청하신 지역사회서비스투자사업(000000사업)이용 시 유의사항 및 준수사항에 대해 아래와 같이 알려드립니다.

1. “사회서비스 이용 및 이용권관리에 관한 법률” 제15조에 따른 이용자 준수사항을 준수하셔야 합니다. 동 사항을 위반할 경우 1년 이하의 징역 또는 500만원 이하의 벌금을 받을 수 있음을 알려드립니다.

[이용자 준수사항]

1. 사회서비스 이용권(바우처카드, 전자카드 포함)을 정당한 권리가 없는 자에게 판매 대여하거나 그 권리를 이전하여서는 안됩니다.
2. 사회서비스이용권을 사용할 때에 사회서비스이용권에 기재된 사회서비스를 대신하여 대가성이 있는 금전 등 어떠한 물품도 제공자로부터 받아서는 아니 된다.
2. 회당결제 방식(예외, 장애인보조기기렌탈서비스, 자살위험군예방서비스, 저소득 건강관리서비스)에 따라 이용자는 서비스 이용 당일 반드시 바우처 카드를 소지하여야 하며, **원칙적으로 바우처카드 미소지자는 서비스를 제공받을 수 없습니다.**
3. **1개월 이상** 본인부담금의 미납 또는 2개월이상 바우처 결제실적이 없는 경우(서비스 미이용) 별도의 조치 없이 해당 서비스의 이용자격이 상실될 수 있습니다.
4. 이용자가 타 군구 및 타 지역으로 전출시, 기존지역에서 취득한 이용자 자격은 상실되고, 전입지역에서 재심사·선정되어야 이용이 가능함을 알려드립니다.
5. 아울러 제공인력에 대한 폭력, 성폭력 등 부당한 해위를 한 사실이 확인된 경우 해당 서비스 이용자격이 상실되고, 관련법에 따른 민형사상 처벌을 받을 수 있음을 알려드립니다.

감사합니다.

20 년 월 일

특별자치시장·도지사·시장·군수·구청장

지역사회서비스 투자사업(0000서비스) 신청인(또는 대리인) ()는 위의 사항을 관계 공무원으로부터 안내 받았으며 동 사항을 준수할 것을 확인합니다.

20 년 월 일

신청인(대리인)

(서명 또는 인)

개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

□ 개인정보 및 고유식별정보 처리 안내

- 수집 · 이용 항목
 - 신청서에 기재된 내역 일체 : 성명 · 주민등록번호 · 주소 · 연락처 등
 - 자산조사 및 자격정보 일체 : 소득 · 재산 등 자산정보 및 장애유형 · 정도 등 자격정보
 - 국민행복카드 정보 일체 : 신청정보 · 카드번호 · 이용내역 등
- 수집 · 이용 목적
 - 전자이용권 제도 관련 본인 확인 및 자격 결정에 관한 업무
 - 바우처포인트 생성 및 이용대금 정산(본인부담금 납부·환급 포함)에 관한 업무
 - 전자이용권 서비스 제공 · 결제(보육료 및 유아학비 호환결제 포함)에 관한 업무
 - 국민행복카드 카드 제작 및 배송에 관한 업무
 - 전자이용권 서비스 중복수혜 및 부정수급 확인에 관한 업무
 - 전자이용권 서비스 만족도 조사 및 각종 안내문 발송에 관한 업무
 - 기타 전자이용권 서비스 제도 운영에 관한 업무
- 보유 기간 : 전자이용권 이용자격 종료 후 5년까지

□ 개인정보 및 고유식별정보(민감정보 포함) 처리 근거 안내

- 고유식별정보 : 주민등록번호, 외국인등록번호
- 민 감 정 보 : 장애 및 질병 등 건강정보
- 관 련 법 률
 - 「사회보장급여의 이용 · 제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 시행령 제27조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
 - 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 시행령 제8조의2(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
 - 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 시행령 제37조의2(민감정보 및 고유식별정보의 처리)

□ 개인정보 제3자 제공(목적 · 항목 · 제공처) 안내

- 국민행복카드 발급
 - 성명, 주소, 연락처 : 해당 카드사
- 보육료 · 유아학비 호환결제
 - 국민행복카드번호 : 보육통합정보시스템
- 중복수혜 및 부정수급 확인 등 제도 운영
 - 성명, 주민등록번호, 서비스 이용내역 : 유관 정부기관 또는 공공기관

□ 개인정보 및 고유식별정보 처리에 관한 동의

- 개인정보 처리에 동의하십니까? [] 동의함 [] 동의하지 않음
- 고유식별정보(민감정보 포함) 처리에 동의하십니까? [] 동의함 [] 동의하지 않음
- 제3자 제공에 동의하십니까? [] 동의함 [] 동의하지 않음

□ 동의를 거부할 권리 안내

- 귀하는 상기 개인정보를 수집 · 이용하거나 제3자에게 제공하는 데 동의하지 않을 수 있으며, 동의를 거부하는 데 따르는 불이익은 없습니다. 다만, 동의 거부 시에는 전자이용권 서비스 대상자로 선정될 수 없음을 알려드립니다.

본인은(대리신청인 포함)은 상기 내용을 확인합니다.

※만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법정대리인의 동의가 필요함.

20 년 월 일

신청인(대리신청인):

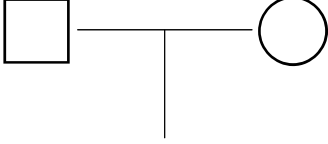
(서명)

※ 임상심리사 또는 정신건강임상심리사, 청소년상담사, 언어재활사 자격소지자가 발급하는 경우, 자격증 사본을 별도 첨부

※ 임상심리사 또는 정신건강임상심리사, 청소년상담사, 언어재활사 자격소지자가 발급하는 경우, 자격증 사본을 별도 첨부

※ 임상심리사 또는 정신건강임상심리사, 청소년상담사 자격소지자가 발급하는 경우, 자격증 사본을 별도 첨부

※ 임상심리사 또는 정신건강임상심리사, 청소년상담사 자격소지자가 발급하는 경우, 자격증 사본을 별도 첨부

| | | |
|-----------------|---|---|
| 가계도 |  | 설명 <input type="checkbox"/> 한부모가정 <input type="checkbox"/> 조손가정 <input type="checkbox"/> 재혼가정 <input type="checkbox"/> 다문화가정 <input type="checkbox"/> 기타() *가족구성원 및 인적사항 기재(연령, 직업, 학력 등) <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> |
| 대상 아동의 특성 | <p>* 상세히 기록해주시요.(아동의 특성이 해당하는 □에 √표 해주세요)</p> <p>1. 정서적 특성(□매우안정감있다, □안정감있다, □보통, □불안하다, □매우불안하다)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> <p>[참고사항]</p> <p>2. 행동적 특성(□매우둔감하다, □둔감하다, □보통, □과잉행동적이다, □매우과잉행동적이다)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> <p>[참고사항]</p> <p>3. 가족관계(□매우친밀하다, □친밀하다, □보통, □불안하다, □매우불안하다)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> <p>[참고사항]</p> <p>4. 또래관계(□매우친밀하다, □친밀하다, □보통, □불안하다, □매우불안하다)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> <p>[참고사항]</p> <p>5. 문화활동의 기회(□매우많음, □많음, □보통, □적음, □매우적음)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> <p>[참고사항]</p> | |
| 지원 요청사항 | 의뢰 대상의 상태 및 해당 서비스의 필요성, 기대효과 등을 구체적으로 기재바랍니다. | |

사회서비스 이용권 중도포기 확인 동의서

사회서비스 이용권 중도포기 확인 동의서

귀하께서 선정받은 사회서비스 이용권 및 중도포기에 대한 사항은 다음과 같습니다.

| | |
|-----------|--|
| 성 명 | |
| 생년월일 | |
| 주 소 | |
| 서비스명 | |
| 이용권 선정일자 | |
| 중지 예정월 | |
| 중도포기 신청사유 | |
| 비 고 | |

본인 000은(는) 위의 내용이 모두 사실이며, 향후 본 건과 관련하여 어떠한 이의제기도 하지 않을 것을 약속합니다.

년 월 일

신청자 : (서명 또는 인)

확인자 : (서명 또는 인)

인천광역시 중구청장 귀하

※ 발달재활서비스 등 타 사업 이용권 신청과정에서 필요시 활용