

사회보장급여(사회서비스이용권) 신청(변경)서

처리기간 : 14일
(장애인활동지원, 발달장애인 주간 활동서비스 및 방과후활동서비스는 30일)

신청인	성명	주민등록번호 (외국인등록번호)	세대주와의 관계	전화번호			
	주소			휴대전화			
						전자우편	
가족사항	세대주와의 관계	성명	주민등록번호 (외국인등록번호 등)	동거여부	건강상태 (장애/질병)	직장명	전화번호 (집/직장)

※ 배우자 관계 (법률혼 사실혼 사실상 이혼)

본인부담금 환급계좌	성명	금융기관명	계좌번호	예금주
---------------	----	-------	------	-----

제출처	사회보장급여 내용						
읍면동 주민센터	[]보육료지원 ·유아학비지원 (아이행복카드)	지원대상자	신청구분				
			<input type="checkbox"/> 어린이집(0~2세) 기본(<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화) <input type="checkbox"/> 어린이집(0~2세) 연장 <input type="checkbox"/> 어린이집 방과후 <input type="checkbox"/> 어린이집(3~5세)(<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화) <input type="checkbox"/> 장애아 보육료(6~12세) <input type="checkbox"/> 유치원 유아학비(3~5세)(<input type="checkbox"/> 사립유치원 저소득층 유아학비)				
			<input type="checkbox"/> 어린이집(0~2세) 기본(<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화) <input type="checkbox"/> 어린이집(0~2세) 연장 <input type="checkbox"/> 어린이집 방과후 <input type="checkbox"/> 어린이집(3~5세)(<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화) <input type="checkbox"/> 장애아 보육료(6~12세) <input type="checkbox"/> 유치원 유아학비(3~5세)(<input type="checkbox"/> 사립유치원 저소득층 유아학비)				
			<input type="checkbox"/> 어린이집(0~2세) 기본(<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화) <input type="checkbox"/> 어린이집(0~2세) 연장 <input type="checkbox"/> 어린이집 방과후 <input type="checkbox"/> 어린이집(3~5세)(<input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 다문화) <input type="checkbox"/> 장애아 보육료(6~12세) <input type="checkbox"/> 유치원 유아학비(3~5세)(<input type="checkbox"/> 사립유치원 저소득층 유아학비)				
	* 어린이집(0~2세) 연장보육자격을 신청한 경우라도, 지적 확인 결과에 따라 어린이집(0~2세)기본보육 자격으로 변경될 수 있습니다.						
	[]가시간병방문지원	지원대상자				서비스시간	
		신청요건(1개 선택)					
	[] 장애아동 가족지원	발달장애 서비스	지원대상자	장애유형	<input type="checkbox"/> 뇌변경장애 <input type="checkbox"/> 청각장애 <input type="checkbox"/> 시각장애 <input type="checkbox"/> 언어장애 <input type="checkbox"/> 지적장애 <input type="checkbox"/> 자폐성장애 <input type="checkbox"/> 미등록 (영유아)		
			장애정도	<input type="checkbox"/> 장애정도가 심한 장애인 <input type="checkbox"/> 장애정도가 심하지 않은 장애인 <input type="checkbox"/> 미등록			
		필요서비스 (중복 체크가능)		<input type="checkbox"/> 언어재활 <input type="checkbox"/> 청능재활 <input type="checkbox"/> 미술심리재활 <input type="checkbox"/> 음악재활 <input type="checkbox"/> 행동재활 <input type="checkbox"/> 놀이심리재활 <input type="checkbox"/> 재활심리 <input type="checkbox"/> 감각발달재활 <input type="checkbox"/> 운동발달재활 <input type="checkbox"/> 심리운동 <input type="checkbox"/> 기타()			
언어발달 지원 (비장애아동)		지원대상자					
필요서비스 (중복 체크가능)		<input type="checkbox"/> 언어발달단 <input type="checkbox"/> 언어재활 <input type="checkbox"/> 기타 ()					
장애유형 (부모 또는 조부모)		<input type="checkbox"/> 뇌변경장애 <input type="checkbox"/> 청각장애 <input type="checkbox"/> 시각장애 <input type="checkbox"/> 언어장애 <input type="checkbox"/> 지적장애 <input type="checkbox"/> 자폐성장애					
[] 발달장애인 지원	발달장애인 부모 상담 지원	지원대상자	자녀와의 관계		<input type="checkbox"/> 부 <input type="checkbox"/> 모 <input type="checkbox"/> 기타()		
		장애 유형 및 정도	장애유형	장애 정도	<input type="checkbox"/> 지적장애 <input type="checkbox"/> 자폐성장애 <input type="checkbox"/> 미등록(영유아) <input type="checkbox"/> 장애정도가 심한 장애인 <input type="checkbox"/> 장애정도가 심하지 않은 장애인		
	주간활동 및 방과후 활동 지원		장애 유형 및 정도	장애유형	장애 정도	<input type="checkbox"/> 지적장애 <input type="checkbox"/> 자폐성장애 <input type="checkbox"/> 장애정도가 심한 장애인 <input type="checkbox"/> 장애정도가 심하지 않은 장애인	
지원유형		<input type="checkbox"/> 주간활동서비스 (<input type="checkbox"/> 56시간 <input type="checkbox"/> 100시간 <input type="checkbox"/> 132시간) * 100시간/132시간 이용시 장애인활동지원급여가 일부 차감됩니다. <input type="checkbox"/> 방과후활동서비스					
[] 지역사회 서비스	지원대상자				서비스명		
	지원대상자				서비스명		
[] 여성청소년 보건위생 물품지원	지원대상자				지원신청	청소년본인 또는 부모, 주양육자 신청가능	

[] 장애인활동지원	지원대상자			
	긴급활동지원	[] 해당 (* 신규신청자인 경우에만 신청 가능)		
	활동지원급여	신청유형	[] 신규신청 [] 변경신청 [] 갱신신청	
		변경신청 사유 (* 해당하는 항목에 모두 체크)	[] 장애상태의 변화	
[] 직장생활			[] 학교생활	
[] 독거(1인)가구 (19세 이상)			[] 취약가구	
[] 나머지 가족의 사회생활	[] 거주지 이전			
특별지원급여	[] 출산 [] 자립준비 [] 보호자일시부재([] 결혼 [] 사망 [] 출산 [] 입원 [] 지역사회보호자) (* 해당하는 항목에 모두 체크)			

보 건 소	지원대상자	출산(예정)일	년 월 일
	지원 유형	[] 단태아 ([] 첫째아 [] 둘째아 [] 셋째아 이상), [] 쌍생아 / 장애정도가 심한 산모+단태아 ([] 인력1명 [] 인력2명) [] 삼태아 이상 / 장애정도가 심한 산모+다태아	
	신청요건	기본 지원대상	[] 자격확인(생체·의료·주거·교육급여 수급자 또는 차상위) [] 소득기준 이하
		예외 지원 대상 (해당자만)	[] 회귀난치성질환 산모 [] 장애인 산모 및 장애 신생아 [] 쌍생아 이상 출산가정 [] 셋째아 이상 출산가정 [] 세터민 산모 [] 결혼이민 가정 [] 미혼모 산모 [] 둘째아 이상 출산 산모 [] 분만 취약지 산모 [] 기타(소득기준 완화 등)
서비스 제공 장소	[] 자택 [] 기타		

보건소· 주민 센터	지원대상자		
	지원 유형 (중복 체크가능, 조제분류는 변경 신청인 경우만 단독 신청가능)	기본지원대상	[] 기저귀([] 국기초 [] 차상위 [] 한부모 [] 기타) [] 조제분류([] 산모의 사망·질병 [] 아동복지시설 등 아동 [] 기타)
예외지원대상 (저차제차제 사업)		[] 기저귀([] 국기초 [] 차상위 [] 한부모 [] 기타) [] 조제분류([] 산모의 사망·질병 [] 아동복지시설 등 아동 [] 기타)	

개인정보 수집 및 활용 동의		확인 (√ 체크)
1. 개인정보 활용 목적 동 신청서를 접수한 보장기관의 장이 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제7조 및 제19조에 따라 지원대상자의 신청 및 확인조사 등을 위하여 개인정보를 활용하고자 합니다.		[]
2. 활용할 개인정보의 동의요청 범위 인력사항 및 가족관계 확인에 관한 정보, 소득·재산·근로능력·취업상태에 관한 정보, 사회보장급여의 수혜이력에 관한 정보, 그 밖에 수급권자를 선정하기 위하여 필요한 정보로서 주민등록전산정보·가족관계등록원산지정보(보육복지지원의 경우 본인, 배우자 및 직계비속 정보, 유아복지지원의 경우 본인, 배우자 및 직계존비속 정보), 금융·국세·지방세·토지·관공·건강보험·국민연금·고용보험·산입해해보상보험·출입국·법무·보훈급여·교정 등 자료 또는 정보에 대하여 정기적으로 관계기관에 요청하거나 관련 정보통신망(행정정보공동이용 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.		

유의 사항		확인 (√ 체크)
1. 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」, 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 및 관계 법령에 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 법령에 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.		[]

추가 제출 서류	1. 신청인(대리 신청인)의 신분을 확인할 수 있는 서류 * 대리신청의 경우에는 위임장 및 대리신청인, 신청인의 신분을 확인할 수 있는 서류 2. 통장계좌확인서 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. 조제분류 지원신청의 경우 의사진단서(소견서), 가족관계증명서 등 산모의 결혼 또는 사망을 증명하는 서류 및 시설입소증명서, 가정위탁보호확인서 등 시설이동, 가정위탁아동 등임을 증명하는 서류
----------	---

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

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

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

1) 가족, 친족(8촌이내의 혈족, 4촌이내의 인척), 사회복지담당공무원 및 기타 관계인(후견인) 등

[서식 2호] 개인정보 수집 및 이용 동의서(사업운영 자체 서식)

개인정보 수집 및 이용 동의서

보건복지부, 한국사회보장정보원 및 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자의 발굴에 관한 법률」 제23조 및 「개인정보 보호법」 제15조에 따라 민감정보 및 고유식별정보를 수집합니다.

■ 개인정보 수집 항목

- 고유식별정보 : 주민등록번호, 외국인등록번호
- 개인정보 : 성명, 주소, 연락처, 대상자 자격판정 자료 (신청서, 결과통보서 등에 적힌 기본정보, 금융정보, 가구정보, 소득정보), 개인이력 (구매이력)

■ 개인정보 수집 및 이용 목적

- 저소득층 기저귀·조제분유 지원 제도 관련 본인 확인에 관한 업무
- 이용권의 생성 및 본인부담금 청구 등 업무
- 기저귀 및 조제분유 구매를 위한 이용권(카드) 제작 및 배송 업무
- 기저귀 및 조제분유 결제 내역 확인 및 우편물·휴대전화 문자메세지 발송 업무
- 허위·초과 결제, 대상자 자격위반 조사 등 이용권 적정급여 관리 업무
- 기타 이용권 제도 운영에 필요한 통계 자료 생산 등 업무

■ 개인정보 보유 및 이용기간

- 위 개인정보는 전자이용권 이용 자격 종료 후 5년 동안 보유 및 이용됩니다.

■ 동의를 거부할 권리 및 거부시 불이익

- 위 내용은 저소득층 기저귀·조제분유 지원 사업 수행을 위해 필요한 최소한의 정보에 해당하며 그 내용에 관하여 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 저소득층 기저귀·조제분유 지원을 제공받을 수 있는 대상자가 될 수 없음을 알려 드립니다.

■ 개인정보 수집 및 이용에 관한 동의

「개인정보 보호법」에 따라 개인정보의 수집 및 이용에 동의하십니까?

동의함

동의하지 않음

■ 중요한 개인정보 수집에 관한 별도 동의

- 고유식별정보 수집에 관한 동의
본 기관은 저소득층 기저귀·조제분유 지원을 위하여 다음과 같은 목적으로 고유식별정보(주민등록번호 등)를 수집하고 있습니다.
- 저소득층 기저귀·조제분유 지원 제공 계약 및 본인 확인절차
- 허위·초과 결제, 대상자 자격위반 조사 등 이용권 적정급여 관리에 활용

※ 고유식별정보 수집에 동의하십니까?

동의함

동의하지 않음

■ 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의

- 본 기관은 저소득층 기저귀·조제분유 지원을 위하여 수집한 개인정보를 아래의 내용과 같이 제공하고 있습니다.
- 이용권의 생성 및 본인부담금 청구 등 업무
- 이용권 결제를 위한 인증번호 또는 결제내역 송·수신(SMS)
- 기저귀 및 조제분유 결제 내역 확인 및 우편물·휴대전화 문자메세지 발송을 위한 정보제공

* 본 정보는 이용권 발급을 위해 보건복지부 및 한국사회보장정보원, 해당 카드사에 정보가 제공됩니다.

※ 제3자 제공에 동의하십니까?

동의함

동의하지 않음

「개인정보 보호법」에 따라 개인정보처리자가 준수하여야 할 개인정보보호 규정을 준수하고, 관련 법령에 따라 대상자의 권익보호에 최선을 다하고 있으며 허가된 이용 목적 외에는 사용하지 않을 것을 약속드립니다.

※ 만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법정대리인의 동의가 필요합니다.

20 년 월 일

신청인(대리인) :

(서명 또는 인)

(필요시) 법정대리인 :

(서명 또는 인)

연락처 :