

보조기기 지원 신청서

| | | | | | | | |
|---------|----------------------------------|---------|---|------------------|-------|--|-------|
| 성 명 | | 성 별 | <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 | 생 년 월 일 | | | (만 세) |
| 주 소 | | | | 연락처 | 자 택 | | |
| 장 애 유 형 | | 장 애 정 도 | | | 휴 대 폰 | | |
| 추천센터명 | | | | 전동휠체어/스쿠터 모델명 | | | |
| 필요사유 | | | | | | | |
| 첨부서류 | 복지카드사본 또는 장애인증명서 1부(대상자선정 이후 제출) | | | | | | |

상기와 같이 보조기기 지원을 신청합니다.

2020 년 월 일

성 명 : _____ (인)

<개인정보 수집·이용 동의>

중원장애인자립생활센터에서는 「개인정보보호법」 제15조 및 제22조, 제24조에 따라 아래와 같이 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공에 관하여 당사자의 동의를 받고 있습니다.

●개인(신용)정보의 수집·이용 목적

원활한 상담 및 프로그램 진행, 보고서 작성, 상해보험가입, 소식지 및 홈페이지 홍보 등을 위해 아래와 같이 개인정보를 수집하고 있으며, 필요시 센터 내에 개인정보가 공유될 수 있습니다.

●수집·이용할 개인(신용)정보의 항목

필수항목: 성명, 성별, 생년월일, 장애유무, 주소, 연락처, 이메일, 사진

●개인(신용)정보의 보유·이용 기간

위 개인정보는 수집·이용에 관한 동의일로부터 준 영구적으로, 상기 이용 목적을 위하여 보유·이용됨

※ 이에 대한 동의가 없는 경우 프로그램 신청 및 참여가 불가능할 수 있음을 알려드립니다.

본인은 상기 내용과 같이 개인정보취급방침에 동의합니다.

2020 년 월 일

서명: _____ (인)