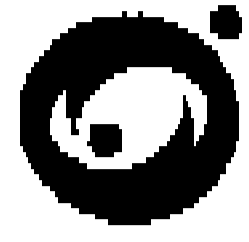


빛으로 여는 희망찬 세상만들기



# 울산광역시시각장애인복지관

수신 수신자 참조

(경유)

제목 2020년 장학생 선발 홍보 협조요청

1. 귀 기관의 무궁한 발전을 기원합니다.
2. 어려운 환경 속에서도 장애를 극복하고 면학에 열중한 시각장애인 및 시각장애인 가정의 자녀·손자녀에게 장학금을 지급하고자 하오니 장학생 선발에 적극 홍보 협조 요청합니다.

가. 신청자격(2020년 3월 기준 재학생인 자)

- 1) 울산지역 중·고·대학교에 재학 중인 시각장애인  
(울산에 주소지를 둔 타 지역 맹학교, 대학교 재학생 포함)
- 2) 시각장애인을 부모·조부모(조손가정)로 둔 울산지역 중·고·대학생

나. 접수기간 : 2020.1. 20(월) ~ 2. 12(수)

다. 접수방법 : 방문, 우편(우편접수는 당일 도착분에 한함)

라. 제출서류 (공통)

- ① 장학생 지원신청서(소정양식) 1부    ② 주민등록등본 1부
  - ③ 장애인증명서 또는 복지카드 사본 1부    ④ 재학증명서 또는 입학예정확인서 1부
  - ⑤ 2019년 건강보험료 납부확인서(최근 6개월 이상) 1부
  - ⑥ 개인정보 동의서(소정양식) 1부
- (해당자)
- ① 가족관계증명서(조부모 가정) 1부    ② 수급증명서 또는 차상위증명서 1부
  - ③ 20년 1학기 등록금납부영수증(대학생에 한함) 사본 1부

※ 지원신청서,개인정보동의서: [울산시각장애인복지관 홈페이지\(www.ubr.or.kr\)](http://www.ubr.or.kr)에서 다운로드

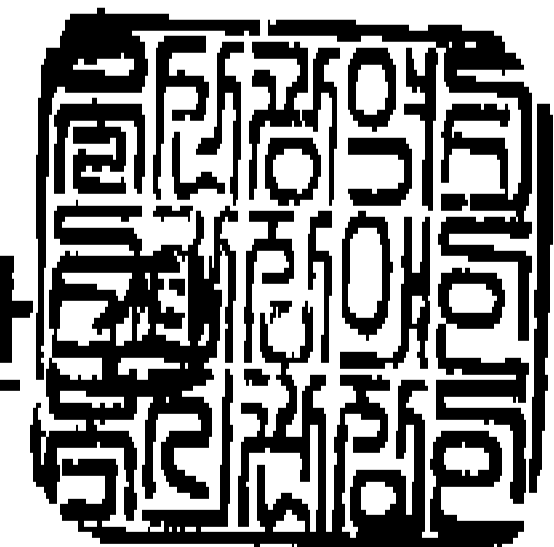
마. 문의처 : 상담·지역연계팀장 가은미(256-5244, 내선번호 340번)

붙임 1. 2020년 장학생 선발안내 1부

2. 장학생 지원신청서, 개인정보동의서 각 1부, 끝.

## 울산광역시시각장애인복지관

수신자 울산광역시 구군·읍·면·동장(달동주민자치센터 외 55개소)



★ ◎ 상남·지역연계팀장 가은미                                      사무국장 이선희                                      관 장 김태남

협조자

시행 일시 - 200 (2020. 1. 23.)

접수

우 44692 울산광역시 남구 돌곶로 114번길 3(달동) / <http://www.ubr.or.kr>

전화번호 052-256-5244 팩스번호 052-256-5247 [welfare2003@daum.net](mailto:welfare2003@daum.net)

공개

## 울산광역시시각장애인복지관 2020년 장학생 선발안내

울산시각장애인복지관에서는 가정형편이 어려운 시각장애인 또는 시각장애인을 부모(조부모)로 둔 중·고등·대리생에게 장학금을 지원함으로써 년학의욕을 고취시켜 지역사회 발전의 역군으로 양성코자 장학생을 선발하고자 합니다.

### 1. 선발인원 및 장학금액

- ① 대학생 1명(1인 100만원) ② 고등학생 2명(1인 70만원) ③ 중학생 2명(1인 50만원)  
\* 수상자 수, 장학금은 사정에 따라 변동될 수 있음

### 2. 신청서접수

- ① 접수기간 : 2020. 1. 20(월) ~ 2. 12(수)(토·일요일, 공휴일은 제외)  
② 접수방법 : 방문, 우편(우편접수는 당일 도착분에 한함)  
단, 복지관 신규이용자는 반드시 내방접수(사전예약)  
③ 접수처 : 울산 남구 돌길로 114번길 3(달동) 울산시각장애인복지관  
상담·지역연계팀 가은미(256-5244, 내선340번)

### 3. 신청자격 (2020년 3월 2일 기준 재학생인 자)

- ① 울산지역 대학교, 중·고등학교에 재학 중인 시각장애인  
② 시각장애인을 부모·조부모(조손가정)로 둔 울산지역 대학교, 중·고등학생  
\* 울산에 주소지를 둔 타 지역 대학교 및 맹학교 재학생 포함  
\* 최근 3년간 동 장학금 및 타 장학금 수혜자는 제외

### 4. 제출서류

(공통)

- ① 장학생 지원신청서(소정양식) 1부 ② 주민등록등본 1부  
③ 장애인증명서 또는 복지카드 사본 1부 ④ 재학증명서 또는 입학예정확인서 1부  
⑤ 2019년 건강보험료 납부확인서(최근6개월이상) 1부  
⑥ 개인정보동의서 1부.

(해당자)

- ① 가족관계증명서(조부모 가정) 1부  
② 기초생활수급증명서 또는 차상위증명서 1부  
③ 20년 1학기 등록금납부영수증(대학생에 한함) 사본 1부

\* 지원신청서, 개인정보동의서: 울산시각장애인복지관 홈페이지([www.ubr.or.kr](http://www.ubr.or.kr))에서 다운로드

### 5. 장학생 발표 및 시상

- ① 발표 : 2020. 2. 28(금) 울산시각장애인복지관 홈페이지, 개별통지  
② 장학금 지급 : 2020. 3. 5(목) 개별 계좌입금

### 6. 기타사항

자세한 사항은 울산시각장애인복지관 상담·지역연계팀 가은미(☎ 256-5244, 내선 340번)으로 문의바랍니다.

\* 본 장학금은 울산시각장애인복지관 후원 사업으로 이루어집니다.

2020. 1. 20.

접수번호

## 장학생 지원신청서

지원 대상자 일반 지원	성명			생년월일			
	주소	(연락 가능한 전화: )					
	학교명/학년 (19학년도)		보호자와 관계	본인(시각장애 자, 손			
보호자 일반 지원	성명			생년월일			
	전화번호			휴대전화번호			
	장애등급						
가족 사항 (지원 대상자 제외)	관 계	성 명	생년월일	성 별	동거여부	직 업	비고
가족 유형	<input type="checkbox"/> 조손가정 <input type="checkbox"/> 소년소녀가정 <input type="checkbox"/> 한부모가정 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음						
생활 정도	<input type="checkbox"/> 기초생활수급 <input type="checkbox"/> 차상위 <input type="checkbox"/> 중위소득 60%미만 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음						
경제력 (소득 및 재산)	가 가 월소득 (평균)	국가 보조금	원	부동산 보유 여부	<input type="checkbox"/> 토지 <input type="checkbox"/> 건물 <input type="checkbox"/> 주택  <input type="checkbox"/> 보유 부동산 없음		
		근로 소득	원				
		후원금	원				
		총 계	원				
주거 상황	<input type="checkbox"/> 자가 (      만원) <input type="checkbox"/> 전세 (보증금:      만원) <input type="checkbox"/> 월세 (보증금:      만원, 월임대료      원) <input type="checkbox"/> 무상 거주(소유자관계:      ) <input type="checkbox"/> 임대아파트 / 임대주택 (보증금:      만원, 월      원)						

상기 본인(보호자)은 귀 복지관에서 시행하는 장학생 선발사업에 지원신청서를 제출합니다.

2020년      월      일

위 신 청 인 :                      (인)

**울산광역시시각장애인복지관장 귀하**

※ 제출된 서류는 반환되지 않으며, 신청서상의 기재내용이 허위로 판명될 경우 장학금은 전액 환수 조치됨.

## 개인정보 수집·이용·제공에 대한 동의서

[이용자용]

울산광역시시각장애인복지관(이하 '복지관')은 [개인정보보호법] 제15조에 의거하여 귀하의 개인정보 수집·이용함에 있어 동의를 받고 있습니다. 아래 내용을 충분히 숙지하신 후 본인 또는 보호자가 직접 동의란에 서명해 주시기 바랍니다.

### ■ 기본 개인정보 수집

- 필수정보 : 성명, 생년월일, 연락처(전화 또는 휴대전화), 주소
- 이용 목적
  - 성명, 생년월일, 연락처 : 복지관 업무와 복지정보 안내 등 서비스 이용 안내
  - 주소(이메일주소) : 소식 및 고지사항 전달, 불만처리 등을 위한 원활한 의사소통경로의 확보 등

이용자 구별을 위한 필수정보 수집에 동의하십니까?  동의함  동의하지 않음

### ■ 고유식별정보 수집

- 고유식별정보 : 복지카드 사본, 등본
- 이용 목적 : 지역사회재활시설의 이용자는 장애인복지법 제2조의 규정에 의한 장애인이어야 하며, 해당지역 내 거주자이어야 하므로 이에 대한 증빙으로 수집하여야 함

고유식별정보 처리에 동의하십니까?  동의함  동의하지 않음

### ■ 서비스 제공을 목적으로 한 정보 수집

- 선택 정보 : 개인이력, 질병관련 이력, 국기법대상, 가족사항, 소득수준, 가정환경, 사회관계망, 사회성 정도, 기타 서비스 계획 수립과 관련한 정보 등

선택정보 수집 및 이용에 동의하십니까?  동의함  동의하지 않음

- 민감 정보 : 장애정보(진단명, 등급), 현건강 상태, 개인발달사(신체)

민감정보 수집 및 이용에 동의하십니까?  동의함  동의하지 않음

### ■ 개인정보 제공 동의 거부 권리 및 동의 거부 따른 불이익 내용 또는 제한사항

귀하는 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 일부 재활서비스는 그 특성에 따라 제한 될 수 있으며, 장애인 복지서비스 관련 안내를 받지 못할 수도 있습니다.

■ 개인정보 보유 및 이용기간

수집한 개인정보 파일의 보유기간은 수집 목적을 달성한 시점까지이며, 파기를 요청하실 경우 절차에 따라 즉시(5일 이내) 파기되어 집니다.

개인정보의 수집 및 이용목적에 동의하십니까?  동의함  동의하지 않음

\* 만 14세 미만 아동 또는 법적 의사결정 능력이 없는 자의 경우 반드시 법적대리인의 동의가 필요함

[법정대리인 동의서] 본인은 법정대리인으로 서비스 이용 신청에 동의합니다.

법정대리인 성명	(인/서명)
법정대리인 연락처	
법정대리인과의 관계	

본인은 위의 내용을 충분히 숙지하였으며, 복지관의 보다 나은 서비스 제공과 정책수립을 위해 개인정보를 수집, 활용, 제공하는 것에 동의합니다.

년    일    일

확인자 (인 또는 서명)

14세 미만 보호자 또는 동의자 (인 또는 서명)

위임 보호자 또는 동의자 (인 또는 서명)

울산광역시시각장애인복지관 귀하