

접수번호:

### 의료사각지대 저소득 노인 무릎인공관절 수술지원 신청서

지원 대상자	성명		생년월일		
	주소			성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
	전화번호		휴대폰		
신청자	성명		관계		
	전화번호		휴대폰		

※ 해당란에 표기

직계가족 현황	<input type="checkbox"/> 독거(1인 가구) <input type="checkbox"/> 배우자, <input type="checkbox"/> 자녀 (     )명				
의료종별	<input type="checkbox"/> 의료급여1종 <input type="checkbox"/> 의료급여2종 <input type="checkbox"/> 건강보험(지역 <input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> 기타(     )				
건강보험 납부금액	<input type="checkbox"/> 직장 건강보험 :		원 /월		
	<input type="checkbox"/> 지역 건강보험 :		원 /월		

위 사항은 사실과 다름이 없음을 확인하고 인공관절수술지원을 신청합니다.

년 월 일

신청인(대리인) :

(서명 또는 인)

### 인천서구노인복지관장 귀중

※ 구비서류

- ① 지원 신청서(정보이용제공동의서) 1부
- ② 신분증(주민등록증 또는 운전면허증)
- ③ 수급자증명서 또는 건강보험료 납부확인서 1부
- ④ 진단서(인공관절수술이 필요한 소견) 1부

# 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

인천광역시 서구노인복지관(이하 “복지관”이라 한다)은 이용자의 개인정보보호를 중요시하며, 「개인정보 보호법」을 준수하고 있습니다. 이에 따라 복지관은 아래와 같이 개인정보를 수집·이용 및 제3자 제공함을 알려드리오니, 이용자께서는 각 내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

## ■ 개인정보 수집·이용 내역 (필수사항)

수집항목	수집목적	보유기간
성명, 생년월일, 성별, 연락처, 보호자연락처, 주소	인공관절수술 지원절차 진행	1년 또는 파기요청시까지

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 원활한 지원을 진행할 수 없어 **신청하실 수 없습니다.**

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? ( 동의함  / 동의하지 않음  )

## ■ 선택적 개인정보 수집·이용 내역 (동의거부 가능)

수집항목	수집목적	보유기간
연락처(휴대전화)	신규 강습 프로그램 및 공단에 대한 안내 또는 홍보자료 발송	1년 또는 파기요청시까지

※ 위의 선택적 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부하셔도 신청은 가능합니다. 그러나 동의를 거부할 경우 E-mail을 통한 서비스(안내·홍보자료 수신 등)를 받으실 수 없습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? ( 동의함  / 동의하지 않음  )

## ■ 민감정보 수집·이용 내역 (동의거부 가능)

수집항목	수집목적	보유기간
생계·의료·주거급여 등 대상자 여부	인공관절수술지원 우선 적용	1년 또는 파기요청시까지

※ 위의 민감정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 **인공관절수술지원 우선 조건이 적용되지 않습니다.**

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? ( 동의함  / 동의하지 않음  )

## ■ 개인정보 제3자 제공내역

제공받는 자	제공받는 자의 이용목적	제공항목	제공받는 자의 보유기간
정부 및 공공기관, 의료기관, 사회복지공동모금회	지원대상자여부 및 배분사업 지원·관리업무	성명, 성별, 생년월일, 전화번호, 주소	정보제공 목적 달성 후 파기

※ 위의 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 원활한 지원을 진행할 수 없어 지원에 **제한을 받을 수 있습니다.**

☞ 위와 같이 개인정보를 제3자 제공하는데 동의하십니까? ( 동의함  / 동의하지 않음  )

20    년            월            일

본 인                    성명                                    (서명 또는 인)

인천광역시 서구노인복지관장 귀하