

## 보호종료아동 주거지원통합서비스 신청서

성 명	(남, 여)	주민등록번호	
전화번호		비상연락망	
주소		보호기관명	
해당 시·군·구 전입일		원하는 지역 (상세정보 기재)	(1순위) (2순위)

보호유형	<input type="checkbox"/> 아동양육시설 <input type="checkbox"/> 공동생활가정	보호종료(예정)일	년   월   일
	<input type="checkbox"/> 가정위탁 ( <input type="checkbox"/> 일반 <input type="checkbox"/> 대리 <input type="checkbox"/> 친인척)	보호종료기간	년   개월
주택 보유 여부	<input type="checkbox"/> 무주택 <input type="checkbox"/> 주택보유	동거인	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무
		동거인 관계	<input type="checkbox"/> 친구 <input type="checkbox"/> 형제자매 <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 조부모
취업·진학 현황 ※ 중복가능	<input type="checkbox"/> 진학자 <input type="checkbox"/> 취업자 <input type="checkbox"/> 취업준비 ( <input type="checkbox"/> 아르바이트 <input type="checkbox"/> 일용직 <input type="checkbox"/> 무직자)		

정부지원현황 (해당사항 체크)	없음	기초생활 수급	차상위 계층	조건부 수급	선택사항
					※ 중복선택가능 ※ '없음'으로 체크한 경우 제외 <input type="checkbox"/> 생계 <input type="checkbox"/> 의료 <input type="checkbox"/> 교육 <input type="checkbox"/> 긴급 <input type="checkbox"/> 자활 <input type="checkbox"/> 장제 <input type="checkbox"/> 해산 <input type="checkbox"/> 주거
사례관리 시 필요 서비스	<input type="checkbox"/> 안전 <input type="checkbox"/> 건강 <input type="checkbox"/> 일상생활 유지 <input type="checkbox"/> 가족관계 <input type="checkbox"/> 사회적 관계 <input type="checkbox"/> 경제 <input type="checkbox"/> 교육 <input type="checkbox"/> 직업 <input type="checkbox"/> 생활환경 <input type="checkbox"/> 법률 및 권익보장 <input type="checkbox"/> 기타				
자립계획 및 의지 요약					

- ※ 월평균소득은 사회보장정보시스템에서 제공되는 국가 또는 공공기관이 보유한 공적 소득자료를 근거로 산정하며 전년도 도시근로자 가구당 월평균소득 70%이하인 경우에 한하여 대상자로 선정됩니다.
- ※ 반드시 **꼼꼼히** 작성해주시고, **작성 내용이 사실과 다를 경우** 지원대상자로 선정된 이후에도 취소될 수 있으니 유의하시기 바랍니다.

**위와 같이 보호종료아동 주거지원 통합서비스를 신청합니다.**

20   년   월   일

본인 성명 :                    (인)