자립준비청년 초기정착을 위한 전자제품지원 사업 세부 신청 양식

담당기관 명	전북가정위탁지원센터	담당자	김효정	연락처	063-288-7770

지원대상자	성명		생년월일	
	연락처		비상연락처	
	주소 (배송지)	** 보호종료 후, 계약 체결한 주거지(배송지) 작성*		
	취업·진학현황	□ 진학자(학교 학년 재학/입학예정) □ 취업자 (기업 재직/취업예정) □ 취업준비(□아르바이트 □ 무직)		
	시설입소일	년 월 일	보호종료일	년 월 일
	정부지원현황 (해당사항 체크)	□ 없음 □기초생활수급 □ 차상위계층 □ 조건부 수급		
		□ 생계 □ 의료 □ 교육 □ 긴급 □ 자활 □ 장제 □ 해산 □ 주거		

개인정보 수집 및 동의

사회복지법인 굿네이버스 전북지역본부는 <자립준비청년 초기정착을 위한 전자제품 지원 사업>진행을 위해 아래와 같이 수집·이용하고자 하오니 내용을 자세히 확인하신 후 동의 여부를 결정해 주시기 바랍니다.

개인정보 수집 및 이용 목적	개인정보 수집 및 이용 항목	개인정보 보유 및 이용기간
- 사업(서비스) 참여 대상자 관리 및 지원 - 향후 자립준비청년 사후관리	성명, 성별, 생년월일, 연락처, 주소, 취업 및 진학 현황, 시설 입·퇴소일, 정부지원현황	- 지원 사업 종료 후 1년 후까지
귀하는 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부 시 "자립준비청년 초기정착을 위한 전자제품 지원 사업" 신청과 서비스 이용이 제한될 수 있습니다.		
위 개인정보 수집·이용에 동의하십니까?		□ **동의함** □ **동의하지 않음**

위의 작성한 내용은 사실과 같음을 확인합니다.

년 월 일

신청인 성 명 : (서명 또는 인)

담당자 성 명 : 김 효 정 (서명 또는 인)

굿네이버스 전북지역본부 귀하

굿네이버스 전북지역본부