|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 밝은내일 예방검진지원 신청서 |  |  **접수 :** [제1호 서식] |

|  |
| --- |
| **지원신청자 및 추천 기관 정보** |
| 신청자 성명 |  | 주민번호 |  |
| **주소** |  |
| **연락처(핸드폰)** |  | **연락처(집전화)** |  |
| **보호자** | (성명) (관계) (연락처) |
| **추천 기관** | 기관명 | 사업자번호(고유번호) |
| 담당자 (직함) | 전화 | 팩스 |
| 이메일 |
| 주소 |
| **재단을 알게 된 경위** | (구체적으로 기재) |

|  |  |
| --- | --- |
| **구분** | □ 의료급여 1종 □ 의료급여 2종 □ 차상위계층 |
| □ 국민기초생활수급자(의료급여 이외) □ 건강보험가입자 ( □ 직장 □ 지역 ) |
| **건강보험료 납부액** | □ 가족 구성원 수: 명 □ 월 원 ※ 보험료 납입 증명서 첨부(최근 6개월) |

|  |
| --- |
| **희망지원분야** |
| **검진지원상세** | □ 내 과 : □ 5대암검진 □ 위내시경(수면비별도) □ 대장내시경(수면비별도) □ 기타( )□ 산부인과 : □ 자궁경부암 □ 질염검사 □ 자궁초음파검사 □ 기타( )□ 안 과 : □ 눈 종합검진□ 이비인후과 : □ 청력검사 □ 수면다원검사 □ 어지럼증검사 □ 갑상선검사□ 정신건강 : □ 종합검진 □ 치매검진 □ 알코올중독검사 □ 기타( )□ 치 과 : □ 구강 검진 |
| 개인보장성보험 소지여부 \* 실비, 치과보험 등 개인보험으로 보장되는 항목을 제외한 지원과목만 의료비 지원가능  |
| □ 있음(종류: 예: 치아, 실비 등) □ 없음 |

|  |
| --- |
| **생활환경 및 사연 (또는 기관 추천 내용)** 지원 대상자 중 응급가정을 우선 심사하여 지원합니다. |
| 구체적으로 기재할수록 심사에 유리합니다. | \*별도의 양식으로 첨부 가능\* |

|  |
| --- |
| **필수동의사항** |
| □ 동의 | ※ 본 지원신청서는 신청자 본인(미성년의 경우 보호자)의 동의를 받아 작성되었으며 지원이 진행되는 기간 동안 지원기관(병/의원)의 안내에 협조할 것을 동의합니다. ※ 지원신청서를 제출한 것이 지원결정을 의미하는 것은 아니며 재단의 심의에 따라 지원내용은 달라질 수 있음을 알고 동의합니다. |

위 사항은 사실과 다름이 없음을 확인하고 의료비 지원을 신청합니다.

년 월 일

신청인(보호자) (서명 또는 인)

추천기관 담당자 (서명 또는 인)

|  |
| --- |
|  **개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서** |

[제2호 서식]

보아스사회공헌재단(이하’재단’)은 「개인정보 보호법」제 15 조 제 1 항 제 1호, 제 17 조 제 1 항 제 1 호 및 제 23 조 제 1호에 의거, 상담, 검진, 수술 지원 등 각종 서비스 제공을 위하여 아래와 같은 개인정보를 수집·이용하며, 서비스 이용과 관련된 공공기관에 동 개인정보가 제공됩니다.

|  |
| --- |
| ▶ 개인정보 수집 및 이용 동의 [고유식별정보] |
| **개인정보 수집 \* 제공 항목** | **개인정보 수집 및 이용\*제공 목적** | **개인정보 보유 및 이용기간** |
| 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 건강상태, 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자 또는 차상위계층 해당 여부, 의료비 지원 신청서, 진료소견서(또는 진단서) | 의료비지원 관련 상담, 대상자 선정심사수술비 지원, 대상자 선정심사, 서비스 제공, 후속사례 관리,재단에 대한 연구\*통계\*홍보 | 상기 내용은 개인정보보호법을 기준으로 함상기 개인정보의 이용목적 소멸 시까지 보유 |

※ 상기 내용과 관련, 개인정보 수집 동의에 거부하실 수 있으며, 거부 시 각종 서비스 제공이 제한됩니다.

🞏 동의함 🞏 동의하지 않음

|  |
| --- |
| ▶ 지원 사례 공개에 대한 동의  |
| **지원 사례의 수집 및 이용 내용** | **사례 수집 및 이용 목적** | **개인정보 보유 및 이용기간** |
| 성명, 인적사항, 지원 내용, 사진 및 정보 | 지원 사업 결과보고, 지원사업 안내 및 홍보 | 상기 내용은 개인정보보호법을 기준으로 함상기 개인정보의 이용목적 소멸 시까지 보유 |

※ 귀하는 지원 사례 공개를 거부할 권리가 있으며, 거부 시 지원이 제한될 수 있습니다.

🞏 동의함 🞏 동의하지 않음

|  |
| --- |
| ▶ 개인정보의 제3자 제공 동의 [고유식별정보] |
| **개인정보를 제공받는 자** | **제공하는 개인정보의 항목** | **개인정보 이용목적** |
| 보건복지부, 보건소, 보아스사회공헌재단, 사회보장정보원, 수술시행 의료기관, 후원처 및 기관 | 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 건강상태, 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자 또는 차상위계층 해당 여부, 의료비 지원 신청서, 진료소견서(또는 진단서) | 의료비지원 관련 상담수술비 지원재단에 대한 연구\*통계\*홍보 |

※ 상기 내용과 관련, 개인정보 수집 동의에 거부하실 수 있으며, 거부 시 각종 서비스 제공이 제한됩니다.

🞏 동의함 🞏 동의하지 않음

**※ 본인은 본 『개인정보의 수집 · 이용 · 제3자 제공 동의서』 내용을 읽고 명확히 이해하였으며, 이에 동의합니다.**

**20 년 월 일**

**신청인 (서명 또는 인)**

**대리인 (서명 또는 인)**

|  |
| --- |
| \* 대리인이 서명할 경우, 사유 기재 : |

 **개인정보 관리(경영지원실)연락처: 1661-1402(내선2), 이메일** **info@boaz.or.kr**

|  |
| --- |
| **행정정보 공동이용 사전동의서** |

y

[제3호 서식]

1. **이용사무별 공동이용 행정정보(구비서류)**
2. 이용 사무 및 목적

보아스사회공헌재단 의료비 지원 사업을 위한 지원자의 대상 여부 판단

1. 공동이용 행정정보
	* 기초생활수급자 및 차상위 증명서
	* 건강보험납부증명서(수급자, 차상위 제외)
	* 가족관계증명서(보호자 대리 신청시)
	* 주민등록표 등본
	* 병원 진단서 및 소견서
2. **이용기관의 명칭:**

**보아스사회공헌재단**

1. **정보주체(본인)동의사항 등**

본인의 동의한 위 사무에 대한 행정정보를 이용기관이 「전자정부법」제36조에 따른 행정정보 공동이용을 통해 「개인정보 보호법」제23조에 따른 건강에 관한 정보나 같은 법 시행령 제19조에 따른 주민등록번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호 또는 외국인등록번호가 포함된 행정정보를 처리하는데 동의합니다.

**20 년 월 일**

**신청인 또는 대리인(보호자) : (인)**