



사회복지법인 전주가톨릭사회복지회
군산장애인종합복지관

수신자 수신처 참조

(경유)

제목 2020년 장애 형제자매지원 프로그램 “소중한 너와 나” 홍보 및 참여자 모집 안내

1. 귀 기관의 무궁한 발전을 기원합니다.
2. 군산장애인종합복지관은 “창의·연대·도약”이라는 핵심가치를 중심으로, 이웃과 함께 성장하고 세상과 소통하는 장검다리 역할로 당사자의 진정한 통합을 지원하는 것을 목적으로 합니다.
3. 본 복지관에서는 2020년 장애 형제자매지원 프로그램 ‘소중한 너와 나’ 홍보 및 참여자 모집을 아래 붙임과 같이 안내하오니 많은 관심과 열조 부탁드립니다.

- 붙임 1. ‘소중한 너와 나’ 홍보안내문 1부.
2. 참가신청서 및 개인정보동의서 1부. 끝.

군산장애인종합복지관



수신처: 군산시 장애인가족지원인권센터 외 30곳

기안자 문승훈 사회통합팀장 김수현 사무국장 이상준 관장 이명재

협조자

시행 군장래 20-086 (2020. 4. 20.) 접수 ()

우54166 군산시 칠성인 3길(37) / <http://www.gs1004.or.kr>

전화 (063)466-7981, (직통) 070-8897-2983 / 전송 (063)466-7983 / 메일주소 krc7982@hanmail.net / 공개

장애 형제자매를 둔 비장애 형제자매지원 프로그램

2020년 "소중한 너와 나"

군산장애인종합복지관에서는 장애 형제자매를 둔
'비장애 형제자매' 지원프로그램으로 심리적 스트레스 감소와
긍정적 형제자매의 관계 형성 및 유지를 위한 다양한 활동시간 마련

- ▶ 일 정: 2020년 5월~10월 (월 2~3회 진행, 총 15회기)
- ▶ 시 간: 화요일 16:00~18:00 / 토요일 11:00~16:00(중식제공)
※ 프로그램 일정에 따라 시간은 변동될 수 있습니다.
- ▶ 모집기간: 2020년 4월 20일 ~ 5월 20일
- ▶ 참여대상: 초등학생(1~6학년)이며, 장애 형제자매를 둔 비장애 형제자매
- ▶ 참여인원: 총 5명
- ▶ 참가신청: 복지관 내방, 팩스(466-7983)
※ 복지관 종합사무실 내 신청서 작성 및 홈페이지 첨부파일
- ▶ 참가비: 무료
- ▶ 문 의: 사회통합팀 문승훈 사회복지사 (070-8897-2983)



사회복지법인 전주가톨릭사회복지회

군산장애인종합복지관

Made with MANGOBOARD



장애 형제자매 지원 프로그램 참가 신청서

2020년 "소중한 너와 나"

성 명		성 별	남 / 여
생년월일		학 교	초등학교
주 소	군산시		
연락처	학생 :	보호자 :	
장애 형제,자매 성명		장애 유형	
참여시 이동사항 (등원/귀가)	<input type="checkbox"/> 자기차량 및 개인이동 프로그램 진행 시간때에는 복지관 셔틀버스가 따로 운행되지 않습니다. 이 점 양해부탁드립니다.		
담당자에게 하고 싶은 말			

개인 정보 제공 동의 여부	※ 상기인은 군산장애인종합복지관에서 진행하는 2020년 '소중한 너와 나'와 관련하여 참여자 선정 및 관리, 참여자 지원, 개인별 이력 관리, 실적·성과 평가 및 상해보험 가입 등의 목적에 따라 개인정보를 활용하고 제공하는 것에 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 부동의
	※ 상기인은 2020년 '소중한 너와 나'에서 진행 중 촬영되는 사진에 관하여 복지관 홈페이지 및 보도자료, 복지관 소식지에 활용하고 제공하는 것에 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 부동의

본인은 위의 내용을 충분히 숙지하였으며, 개인정보를 수집, 활용, 제공하는 것에 동의합니다. 또한, 위와 같이 군산장애인종합복지관에서 실시하는 2020년 '소중한 너와 나'에 참여하기를 희망하며, 기재 내용이 사실임을 서명합니다.

2020년 월 일

보호자 또는 동의자

(인 또는 서명)

군 산 장 애 인 종 합 복 지 관

2020년 장애 형제자매 지원 프로그램 '소중한 너와 나' 개인정보 제공 동의서

※ 상기인은 군산장애인증합복지관에서 진행하는 2020년 장애 형제자매지원 '소중한 너와 나' 프로그램과 관련하여 참여자 선정·관리, 참여자 지원 및 개인별 이력 관리 실적·성과 평가 등의 목적에 따라 개인정보를 활용하고 제공하는 것에 동의합니다.

※ 2020년 프로그램 진행 중 촬영되는 사진에 관하여 복지관 홈페이지 및 보도자료, 복지관 소식지에 활용하고 제공하는 것에 동의합니다.

※ 2020년 프로그램 활동 이외의 시간에 발생하는 문제상황은 본인과 보호자가 그 책임을 다하겠습니다.

동 의 () ☐

미동의 () ☐

본인은 위의 내용을 안내받았으며 충분히 이해하였고,
군산장애인증합복지관에서 실시하는 프로그램에 참여하기를
희망하므로 기재 내용이 사실임을 서명합니다.

2020년 월 일

신청인 : _____ (서명 또는 인)

보호자 : _____ (서명 또는 인)



사회복지법인 전주가톨릭사회복지회
군산장애인증합복지관