



전북하이텍고등학교

55343

전북 완주군 삼례읍 삼례역로 41-1



## 가 정 통 신 문

개별학습반 담임교사 김나라 : 070-4889-1715

발행처:전북하이텍고  
개별학습반  
통지대상:특수학급  
학부모님

### 제 목 : 2023학년도 특수교육대상자 치료지원비 신청

## 학부모님께

아이들이 등교하여 비로소 꽃피는 봄이 실감나는 요즘입니다. 항상 가정에 평안한 행복이 깃들기를 바라며, “2023학년도 특수교육대상자 치료지원비 신청”을 안내 하려 합니다.

장애인 등에 대한 특수교육법 제 28조(특수교육관련서비스), 동법 시행령 제 24조(치료지원) 동법 시행규칙 제5조(개별화교육계획의 수립·실시) 및 2023년 특수교육대상자 치료지원계획(전라북도교육청)에 의거하여 특수교육 운영위원회에서 특수교육대상자로 선정 배치 된 학생 중 아래의 내용을 참고하시어 신청하고자 하는 학부모님께서서는 치료지원비 신청서[서식1], 위탁교육 신청서[서식2]를 작성하여 3월 17일까지 개별학습반 담임교사에게 제출하여 주시기 바랍니다.

이외에 궁금하신 사항은 위의 기재된 번호로 연락주시기 바랍니다.

2023년 3월 15일

절 취 선

( )과 ( )학년 ( )반 학생명 : 보호자: (인)

치료지원비 지원 신청		치료지원을 받고자 하는 기관명
희망	미희망	

전북하이텍고등학교장 귀하

## 특수교육대상학생 치료지원 신청서

학생명		생년월일		성별		학년/반	
보호자명		학생과의 관계		연락처			
주 소							

「꿈활짝카드」 신청여부	신청		미신청	* 카드 미신청 · 재발급하는 경우 사유
	신규	재발급		기 신청자
치료지원 영역				특수교육대상자 장애 영역
치료지원 이용 (예정) 기관명				이용시간

보건복지부 발달재활서비스 지원 여부		보건복지부 발달재활서비스 지원 영역	
------------------------	--	------------------------	--

○ 개인정보 수집·이용 목적 : 치료지원 현황 조사를 통한 치료지원 방향 결정과 지원,  
「꿈활짝카드」 발급과 관리

○ 개인정보 수집·이용 항목 : 성명, 생년월일, 연락처, 주소, 특수교육대상자 분류영역

○ 개인정보 보유 및 이용기간 : 치료지원 신청일로부터 치료지원 서비스 종료 시까지(1년)

○ 개인정보 수집·이용에 미동의하실 수 있으며, 미동의 시 특수교육 관련 서비스 지원에 제한이 있을 수 있습니다.

■ 본인은 특수교육 관련서비스 제공을 위해 특수교육지원센터(특수학교)에서 본인의 개인정보를 수집·이용하는 것에 (동의합니다. ☐    동의하지 않습니다. ☐)

■ 위와 같이 특수교육대상학생 치료지원을 신청합니다.

2023년    월    일

신 청 인 :    서명 (학생과의 관계 :    )

담 당 교 사 :    서명

**전북하이텍고등학교장 귀하**

유의 사항	① 치료지원 영역은 특수교육대상자 선정배치 결과 통지서에 제시된 영역으로 함 ② 교육청 치료지원과 보건복지부 발달재활서비스(바우처) 제공 영역은 중복 지원 불가
-------	--

# 위탁교육신청서

소 속 :

학 반 :

성 명 :

위 학생은 개인적인 희망에 의한 개별 집중교육(치료지원, 외부 방과후 프로그램 참여 등)을 위하여 다음과 같이 타 기관에서 시행하는 특별 프로그램에 참여하기를 희망하오니 허락해 주시기 바라며, 수강으로 인한 학생의 등·하교 지도 및 안전사고에 대해서는 보호자가 전적으로 책임질 것을 서약합니다.

- 다 음 -

1. 수강 기관명 :

2. 프로그램 명 :

3. 수 강 기 간 :

2023년 3월 일

학 생 : (인)

보호자 : (인)

전북하이텍고등학교장 귀하