



## 학 부 모 님 께

안녕하십니까?

항상 자녀 교육에 관심과 지원을 아낌없이 보내주시는 학부모님, 댁내 가정에 평안과 행복이 가득하시길 기원합니다.

학생의 안정된 정서발달과 긍정적 행동 지원을 돕기 위해 다음과 같이 치료비를 지원하고자 하오니 원하시는 학부모님께서서는 신청서를 작성하셔서 특수학급으로 보내주시기 바랍니다.

1. 내용: 특수교육대상학생 치료지원 신청서

2. 제출일: 2022년 3월 14일(화)

2023. 3. 13.(월)



남원용성초등학교장 귀하

【서식 1】외부 치료기관 이용 시(학부모→학교, 학교 보관용)

## 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					
치료지원 영역				특수교육대상자 장애 영역			
치료지원 이용 (예정) 기관명				이용시간			
보건복지부 발달재활서비스 지원 여부				보건복지부 발달재활서비스 지원 영역			
<p>○ 개인정보 수집·이용 목적 : 치료지원 현황 조사를 통한 치료지원 방향 결정과 지원, 「꿈활짝카드」 발급과 관리</p> <p>○ 개인정보 수집·이용 항목 : 성명, 생년월일, 연락처, 주소, 특수교육대상자 분류영역</p> <p>○ 개인정보 보유 및 이용기간 : 치료지원 신청일로부터 치료지원 서비스 종료 시까지(1년)</p> <p>○ 개인정보 수집·이용에 미동의하실 수 있으며, 미동의 시 특수교육 관련 서비스 지원에 제한이 있을 수 있습니다.</p> <p>■ 특수교육 관련서비스 제공을 위해 특수교육지원센터(특수학교)에서 본인의 개인정보를 수집·이용하는 것에 (동의함 <input type="checkbox"/>    동의하지 않음 <input type="checkbox"/>)</p> <p>■ 만 14세 미만 학생의 경우 보호자(법정대리인)의 동의가 필요합니다.</p> <p>■ 위와 같이 특수교육대상학생 치료지원을 신청합니다.</p> <p style="text-align: center;">년       월       일</p> <p style="text-align: right;">학생명 : (서명)</p> <p style="text-align: right;">보호자(법정대리인) 성명 : (서명)</p>							
남원용성초등학교장 귀하							
유의 사항	<p>① 치료지원 영역은 특수교육대상자 선정배치 결과 통지서에 제시된 영역으로 함</p> <p>② 교육청 치료지원과 보건복지부 발달재활서비스(바우처) 제공 영역은 중복 지원 불가</p>						