

2026년 「경기도 장애인 기회소득」 참여자 모집공고

경기도내 정도가 심한 장애인에게 자기 주도적 권리 보장과 사회참여 기회 증진을 위한 2026년 「경기도 장애인 기회소득」 참여자를 다음과 같이 모집 공고합니다.

2026년 3월 3일

경기도지사

1. 사업개요

- 사업명: 2026년 경기도 장애인 기회소득
- 사업기간: 2026년 1월 ~ 12월(12개월)
- 사업대상: 경기도내 정도가 심한 장애인 10,600명
 - 소득·재산: 가구 기준 중위소득 120% 이하
 - 연령: 13세 ~ 64세 (2013년생 ~ 1962년생)
- 지원금액: 1인 최대 연 120만원 (월 10만원 / 최대 30개월 지급) ※ 선정 월 기준
- 지급방법: 현금지급, 가치활동 인증 확인 후 매월 지급
 - ※ 수급자(기초생활수급, 차상위)는 수급자격에 영향을 주지 않도록 상·하반기 지급 예정
 - ※※ 신청자 본인 명의 계좌 입금

2. 신청자격

○ 신청자격 : 아래의 ① ~ ④ 요건을 모두 충족하는 자

① 장애인복지법상 장애의 정도가 “심한 장애인”

② 현재 주민등록상 주소지가 경기도인 자

③ 현재 13세 이상 ~ 64세 이하

※ 사업년도(2026년도) 기준: 1962. 1. 1. ~ 2013. 12. 31.

④ 기준 중위소득 120% 이하 (동일세대 내 장애인 가구원 모두 신청 가능)

※ 가구소득은 행복e음으로 확인된 공적자료를 기준으로 판정합니다.

○ 우선순위: ① 기초생활보장 수급자 등 저소득

② 시·군별 참여도 수요 균형

③ 사회적 고립 위험군(1인 가구 등)

3. 신청방법 및 제출서류

○ 신청기간: 2026. 3. 3.(화) ~ 3. 13.(금)

○ 선정인원: 1,000 여명 ※ 결원 발생 시 추가 선정 가능

○ 신청대상: 본인 및 대리인*

* 대리인: 직계존속, 주민등록상 동일 가구원인 형제자매, 장애인을 보호하고 있는 사회복지시설장

○ 신청방법: 온라인 또는 방문 신청

- (온라인) 경기민원24 (<http://gg24.gg.go.kr>)

- (방문) 주민등록상 주소지 읍·면·동 행정복지센터에 방문 신청

※ 단, 대리인의 경우 주소지 읍면동 행정복지센터에서 방문 신청만 가능

○ 제출서류

① 장애인 기회소득 신청서【서식 1】 1부. ※ 온라인 신청 시 신청화면에서 작성

② 개인정보제공동의서【서식 2】 1부.

③ (방문접수) 신청자 신분증 지참

④ (대리인 접수) 위임장【서식 3】 및 대리인 신분증 지참

4. 추진일정

신청접수	자격조사	신청결과안내	기회소득지급
온라인 또는 방문	거주지역, 연령, 소득 등 (약 1개월 소요)	개별 선정 안내 및 스마트워치 지급	가치활동 인증 확인 후
'26. 3. 3. ~ 3. 13.	'26. 3. ~ 4.	'26. 4. ~ 5.	선정 월 기준, 매월 지급

5. 기타 안내

- 사업 추진 중 지원 대상 및 지원 기준, 지원 기간 등 세부사업 내용이 달라질 수 있습니다.
- 신청자가 입력한 정보가 부정확한 경우, 선정에서 제외될 수 있으니 정확하게 입력하여 주시기 바랍니다.
- 제출된 서류는 일체 반환하지 않으며, 기재사항 착오 및 누락, 허위 기재, 연락불능 등으로 불이익이 발생할 수 있습니다.
- 선정된 지원대상자는 아래 사항을 의무적으로 이행해야 합니다.
 - 참여자 과제

건강활동 수행	사회활동 참여
① 주 2회, 1시간 이상 활동 인증 ② 월 1회 건강상태 변화도 자기등록 ③ 월 1회 건강콘텐츠 수강	월 1회 건강개선 및 사회참여 활동 인증

- ♦ 스마트폰 소지자: 스마트워치 착용 후 주2회 이상 가치활동 인증
 ※ 본인 명의 스마트폰이 없는 경우, 가족 스마트폰으로 워치 연결하여 사용할 수 있으면 가능
 (신청서 작성 시 스마트폰 ✓유 체크)
- ♦ 스마트폰 미소지자: 활동내역 수기 인증 신청 및 매주 활동내역서 제출

- 과제 미이행 시 해당 월 기회소득 지급이 제한될 수 있으며, 이 기간은 최대 지급 기간(30개월)에 포함됩니다.

- 참여 중지 사유 발생 시 최대 3개월 중지 신청 가능 ※ 1회에 한함
 - 질병, 출산 등 개인사유로 참여 중지를 희망하는 경우 ‘참여 중지 신청서’ 제출
 - 중지 신청 시, 신청 다음 달부터 지원금 미지급(기존 지급된 지원금은 반납)
 - 이 기간은 최대 지급기간(30개월)에 포함되지 않습니다.

- 참여 취소
 - 아래 사유에 해당하는 경우 기회소득 지원이 취소될 수 있습니다.
 - ① 4주간 활동기록 부재 ② 연락 두절 등 차명 관리가 불가능한 경우
 - 또한, 본인 의사에 따라 참여 취소를 요청한 경우
 - 참여 취소된 경우, 향후 기회소득 사업 재신청은 불가합니다.

- 본 공고문은 사정에 의하여 변경될 수 있으며, 변경된 사항은 경기도장애인복지종합지원센터 누리집(www.ggnurim.or.kr)을 참고하여 주시기 바랍니다.

- 기타 문의사항은 경기도장애인복지종합지원센터(☎1644-2122)로 문의하시기 바랍니다.

서식 1

경기도 장애인 기회소득 신청서

1. 신청자 인적사항

성명		생년월일	-	성별	남 · 여
연락처	기타연락처 (비상연락망)		관계:	/ 연락처:	
주민등록 주소	경기도			1인가구 해당여부 ☐ 해당있음 ☐ 해당없음	
계좌 정보 (참여자)	은행 :	예금주:	사회보장급여 대상여부	☐ 국민기초수급자 ☐ 차상위계층 ☐ 해당없음 ※ 해당항목에 V 표시	
	계좌번호:				

스마트폰 ☐ 유 (가족 스마트폰으로도 위치 연결 가능) ☐ 무

장애정도 및 유형 ☐ 정도가 심한 장애인 ☐ 정도가 심하지 않은 장애인

- | | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 지체장애 | ☐ 뇌병변장애 | ☐ 시각장애 | ☐ 청각장애 |
| ☐ 언어장애 | ☐ 지적장애 | ☐ 자폐성장애 | ☐ 정신장애 |
| ☐ 신장장애 | ☐ 심장장애 | ☐ 호흡기장애 | ☐ 간장애 |
| ☐ 안면장애 | ☐ 장루·요루장애 | ☐ 뇌전증장애 | |

☐ 중복장애(해당 장애유형을 작성해주세요. ※ 필수 작성)

주의사항

1. 지급 계좌는 지급 대상자 본인의 통장 원칙입니다.
 - 휴면·적금·청약계좌 등으로는 지급이 불가하오니 반드시 정상 입출금이 가능한 일반 예금 계좌를 기재하여 주시기 바랍니다.
 ※ 부정확한 계좌 정보 기재로 인한 지급 지연 및 불가에 대한 책임은 신청인(대리인)에게 있음

2. 중앙부처, 도, 및 기타 지방자치단체 등 유관 기관에서 지원하는 각종 지원금 및 사회보장급여와 중복 수급이 가능하나, 중복 수급에 따라 타 지원금의 수급 자격 또는 급여액의 변동이 있을 수 있으므로 관련 사업 담당자와 반드시 사전에 상의 한 후 신청바랍니다.
 ※ 본 사업의 신청으로 인한 타 사업 및 보장의 자격 박탈 및 급여액 감소 등에 대한 책임은 신청인(대리인)에게 있음

* 신청인 본인(대리인)은 위의 주의사항을 고지 받았습니다. ☐ 확인 (박스에 v표시)

안내 사항 지원 대상 및 지원 기준, 지원 기간 등 세부사업 내용이 달라질 수 있습니다.

*신청인 별도 첨부서류 : 개인정보제공동의서 1부.
 사회보장급여(자격)사실확인서(해당되는 경우) 1부.

위와 같이 장애인기회소득을 신청합니다.

2026년 월 일

본인 성명 (서명 또는 인)
 법정대리인 성명 (서명 또는 인)

경기도지사 귀하

서식 2 경기도 장애인 기회소득 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

경기도 「장애인 기회소득」 지원 신청을 위한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공합니다.
내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 결정하여 주십시오

▶ 개인정보 수집·이용내역

항목	수집·이용 목적	보유·이용기간
성명, 생년월일, 주소, 성별, 연락처, 관계자 연락처, 사회보장급여 대상 여부 (기초수급자, 차상위, 바우처 지원여부, 장애정도, 계좌정보 여부)	차세대행복e음시스템을 활용한 신청인 개인의 소득 및 재산 조사, 거주지 확인 등 장애인 기회소득 참여신청 자격조회, 문자발송을 위한 정보제공 ※ 수급자, 차상위계층 등 기 수급내역 확인시 소득기준은 확인결과로 반영	신청접수 후 3년 까지

※ 귀하는 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.
그러나 동의를 거부할 경우 장애인기회소득 참여 대상 선정에 제한 될 수 있습니다.

※ 개인정보 수집·이용에 동의하십니까? (동의 ☐, 미동의 ☐)

▶ 차세대행복e음시스템 정보 활용 동의

제공받는자	제공 목적	제공항목	보유·이용기간
차세대행복e음시스템	지원대상자의 선정 및 확인조사	인적사항 및 가족관계 확인에 관한 정보, 가구 소득·재산에 관한 정보, 장애등록 정보, 주소지 전출입 정보에 대하여 정기적으로 관계기관에 요청하거나 조회	신청접수 후 3년 까지

※ 귀하는 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.
그러나 동의를 거부할 경우 장애인기회소득 참여 대상 선정에 제한 될 수 있습니다.

※ 개인정보를 수집·이용에 동의하십니까? (동의 ☐, 미동의 ☐)

▶ 개인정보 제3자 제공 내역

제공받는자	제공 목적	제공항목	보유·이용기간
경기도, 시군, 경기도장애인복지종합 지원센터(누림센터)	장애인 기회소득 대상자 선정·지원, 만족도 조사 등	성명, 생년월일, 주소, 성별, 연락처, 기타 연락처(비상연락망), 가구 소득·재산에 관한 정보, 장애정보, 계좌정보	신청접수 후 3년 까지

※ 귀하는 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.
그러나 동의를 거부할 경우 장애인기회소득 참여 대상 선정에 제한 될 수 있습니다.

※ 위의 개인정보를 제 3자 제공하는데 동의하십니까? (동의 ☐, 미동의 ☐)

2026년 월 일

본인 성명

(서명 또는 인)

법정대리인 성명

(서명 또는 인)

경기도지사 귀하

서식 3

위임장

위 임 장				
위임자	성 명		주민등록번호	
	주 소			
	연 락 처			
위 임 받 는 자	성 명		주민등록번호	
	주 소			
	연 락 처			
※ 확인 서류 : 위임자 신분증 사본 1부, 위임받는자 신분증 원본제시 * 신분증은 주민등록증, 운전면허증, 여권 중 제시				
상기 위임인은 위임받는자에게 2026년 경기도 장애인 기회소득 참여 신청에 대한 권한을 부여합니다. 위임일자 : 년 월 일 위 임 인 : (서명 또는 인)				
경기도지사 귀하				