[서식 1]

경기도 장애인 누림통장 자가진단 및 동의서

▶▶▶아래의 사항에 모두 동의한 사람만 신청 가능합니다◀◀◀

연번	구분	확인 내용	결 과
1	자격	신청일 현재 주민등록상 주소지가 경기도 00시로 되어 있고, 실제 거주하고 있나요?	□예 □아니요
2		귀하는 2002~2006년생인가요? (해당 연도 12월 31일 기준 19세~23세)	□예 □아니요
3		신청일 현재 「장애인복지법」 상 정도가 심한 장애인으로 등록되었나요?	□예 □아니요
4		신청일 현재 **유사 자산형성지원사업에 참여한 사실**이 없나요? 유사 자산형성지원사업명 (복지부) 희망키움·내일키움·청년희망키움 통장, 청년저축계좌, 희망저축계좌, 청년내일저축계좌 (고용노동부) 청년내일채움공제, (중소벤처기업부) 청년재직자 내일채움공제, (통일부) 미래행복통장 (경기도) 일하는 청년통장, 청년연금, 청년마이스터 통장, (성남) 스마일 통장 (서울) 희망두배 청년통장, 이룸통장(장애인), (인천) 행복싸잇통장(장애인), (부산) 청년희망날개통장 (대구) 청년희망적금, (광주) 청년13통장, (대전) 청년희망통장, (강원) 일자리안심공제 (전남) 전남 청년희망디딤돌통장, 일하는 순천청년희망통장, 영광 청년 희망 디딤돌통장 (제주) 제주일자리 재형저축, 중소기업 장기재직 재형저축	□예 □아니요
5	정보제공	위의 자격 확인 및 지원대상자 관리를 위하여 **신청자의 정보가 타 기관에 제공될 수 있음**을 알고 있나요?	□예 □아니요
6		위의 자격 확인 및 지원대상자 관리를 위하여, **대리인 정보 기재**에 동의합니까?	□예 □아니요
7	계좌관리	장애인 누림 통장은 사업목적 달성을 위하여 개인이 임의로 해지·인출 등을 방지하고자 기관 명의(참여자명 부기) 계좌로 운영하여 **가입기간 중에서는 적립금에 대한 인출·해지·담보제공 등의 권한 행사가 제한**되는 것에 대해 동의합니까?	□예 □아니요
8	자격변경	본 사업으로 인한 **적립금 및 지원금으로 복지대상자의 자격에 변동이 있을 수 있음**을 알고 있나요?	□예 □아니요
9	중복지원	본 사업에 참여시 **다른 유사 자산형성지원사업에 참여가 제한될 수 있음**을 알고 있나요?	□예 □아니요
10	환수	**지원종료시까지 자격을 유지하지 못하거나 변경될 경우 지원금이 중지**된다는 사실에 동의합니까? ※ 중도해지, 경기도 외 지역으로 전출, 장애등록 취소, 장애정도 하향, 의무교육 미이수 등	□예 □아니요
11	의무	본 사업 참여 시, **금융교육 등 기타 가입자 의무사항에 참여하지 않을 경우 지원금 지급이 불가하다는 사실에 동의합니까?**	□예 □아니요

20 . . .

본인 서명(인)

대리인 관계 서명(인)

[서식 2]

장애인 누림통장 신청서

신청인	이름				
	주민등록번호				
	주소				
	연락처	휴대폰		이메일	
	장애	유형		장애정도	
대리인	이름			관계	
	주민등록번호				
	주소				
	연락처	전화번호		이메일	
중복지원	타 사업 참여여부 (유사자산형성지원사업)	□ 예(가입불가) □ 아니오 (예: 희망키움·내일키움·청년희망키움통장, 일하는 청년통장, 이룸통장 등)			
인적 사항	※ 지원사업 분석 목적으로 사용되며, 다른 목적으로 사용되지 않습니다.				
	복지대상 여부	□ 생계급여수급자 □ 의료급여수급자 □ 주거급여수급자 □ 교육급여수급자 □ 장애연금수급자 □ 차상위계층 □ 기타복지대상자 □ 해당없음			
	가구원수(본인포함)	□ 1인 □ 2인 □ 3인 □ 4인 □ 5인 □ 6인이상 □ 시설거주			
	본인소득여부	□ 없음 □ 월 50만원미만 □ 월 50~100만원미만 □ 월 100~150만원미만 □ 월 150만원~200만원미만 □ 월 200만원이상			
	취업여부	□ 무직 □ 정규직 □ 계약직 □ 개인사업 □ 학생 □ 기타			
자산형성	사용계획	□ 교육비 □ 의료비 □ 주거비 □ 장애인보조기기 구입 □ 창업·직업훈련비 □ 장기적립을 위한 자금 마련(장기저축, 신탁 등) □ 기타( )			
변동 사항 고지의무		□ 본인은 누림통장 가입 시 발생하는 변동사항(주소변경, 유사자산형성지원사업 가입 등)에 관해 시군 및 누림센터에 고지할 의무가 있음을 확인합니다.			

1. 위 기재사실 및 제출서류가 사실과 일치하며, 허위가 있을 경우 지원이 취소되는 것에 동의합니다.
2. 장애인 누림통장의 자격기준 확인 관련「전자정부법」제42조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통해 신청자의 인적사항을 조회하는데 동의합니다.
3. 장애인 누림통장의 자격기준과 지원내용을 확인하였으며, 자격기준이 부적합하다고 확인될 경우 지원이 취소되는 것에 동의합니다.
4. 본인은 장애인 누림통장 가입으로 유사 자산형성지원사업의 참여가 제한될 수 있으며, 향후 해지 시 금융재산 증가로 인한 복지대상자 선정 또는 자격 유지에 영향을 미칠 수 있음을 확인하였습니다.

위와 같이 「경기도 장애인 누림 통장」 가입을 신청합니다.

20 . . .

본인 서명(인)

대리인 관계 서명(인)

경기도 00시장 귀하

[서식 3]

장애인 누림통장 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공·조회 동의서

□ 경기도 장애인 누림통장의 대상자 선정 및 관리, 지원금 지급 등 사업추진을 위하여 「개인정보보호법」 제15조(개인정보의 수집·이용) 및 제22조(동의를 받는 방법)에 따라 동의를 받고자 합니다.

정보주체 (신청인)	성명		전화번호	
	주민등록번호		주소	

□ 개인정보 수집·이용 내역 (필수사항)

수집·이용 항목	수집·이용 목적	보유기간
성명, 생년월일, 주소, 전화번호, 이메일	경기도 장애인 누림통장 대상자 선정 및 관리, 지원금 지급	지원자격 종료 후 5년 동안 보유 후 폐기

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 원활한 대상자 선정을 할 수 없어 선정에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? (□예, □아니오)

□ 민감정보 처리 내역 (필수사항)

항 목	수집목적	보유기간
장애유형 및 장애정도	경기도 장애인 누림통장 대상자 선정 및 관리, 지원금 지급	지원자격 종료 후 5년 동안 보유 후 폐기

※ 위의 민감정보 처리에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 원활한 대상자 선정을 할 수 없어 선정에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 민감정보를 처리하는데 동의하십니까? (□예, □아니오)

□ 고유식별정보 수집·이용 내역 (필수사항)

항 목	수집목적	보유기간
주민등록번호	경기도 장애인 누림통장 대상자 선정 및 관리, 지원금 지급	지원자격 종료 후 5년 동안 보유 후 폐기

※ 위의 고유식별정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 원활한 대상자 선정을 할 수 없어 선정에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 고유식별정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?(□예, □아니오)

□ 선택적 개인정보 수집·이용 내역 (동의거부 가능)

수집·이용 항목	수집·이용 목적	보유기간
복지급여 수혜여부 및 종류, 가구원수, 소득, 취업현황, (보호자) 성명, 주소, 연락처, 이메일	경기도 장애인 누림통장 대상자 선정 및 관리, 지원금 지급	지원자격 종료 후 5년 동안 보유 후 폐기

※ 위의 개인정보 수집이용에 대하여 동의를 거부하셔도 대상자 선정에는 제한을 받지 않습니다.

☞ 위와 같이 고유식별정보를 처리에 동의하십니까?(□예, □아니오)

□ 개인정보의 제3자 제공

항목	제공목적	대상기관
성명, 생년월일, 주소, 전화번호, 이메일, 계좌번호 장애유형 및 장애정도, 복지급여 수혜여부 및 종류, 가구원 수, 소득, 취업현황 (보호자) 성명, 주소, 연락처, 이메일	경기도 장애인 누림통장 대상자 선정 및 관리, 경기도장애인복지종합지원센터 정보 안내, 지원금 지급을 위한 제공, 사업평가 및 성과 분석	경기도, 경기도장애인 복지종합지원센터(누림)
성명, 생년월일, 전화번호, 계좌번호		협력은행

※ 위의 개인정보의 제3자 제공에 대해 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부 할 경우 원활한 대상자 선정을 할 수 없어 선정에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 제3자에게 제공하는데 동의하십니까?(□예, □아니오)

20 . . .

본인 서명(인)

대리인 관계 서명(인)

경기도 00시장 귀하

[서식 4]

<table>
<tr><td colspan="5">장애인 누림통장 해지 신청서</td><td>☐ 신청인 ☐ 대리인</td></tr>
<tr><td rowspan="5">신청인</td><td>이름</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>주민등록번호</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>주소</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>연락처</td><td>전화번호</td><td></td><td>이메일</td><td></td></tr>
<tr><td>장애</td><td>유형</td><td></td><td>장애정도</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">대리인</td><td>이름</td><td colspan="2">※ 대리인 정보 꼭 작성 바랍니다.</td><td rowspan="2">관계</td><td rowspan="2">☐ 직계존속
☐ 주민등록상 동일가구원인 형제자매
☐ 장애인을 보호하고 있는 사회복지시설장
☐ 기타( )</td></tr>
<tr><td>생년월일</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>주소</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>연락처</td><td>전화번호</td><td></td><td>이메일</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">해지
구분</td><td>특별중도해지
(사망)</td><td colspan="4"><사망일></td></tr>
<tr><td rowspan="2">중도해지
(지원금미지급)</td><td>해지사유</td><td colspan="3">☐ 경기도외 전출 ☐ 장애등록 및 장애정도 변경
☐ 적립 어려움 ☐ 긴급자금 활용 ☐ 기타</td></tr>
<tr><td colspan="3"><사용용도>
☐ 교육비 ☐ 의료비 ☐ 주거비
☐ 장애인보조기기 구입 ☐ 창업·직업훈련비
☐ 장기적립을 위한 자금 마련(장기저축, 신탁 등)
☐ 기타( )</td></tr>
<tr><td rowspan="2">만기해지</td><td>사용용도</td><td colspan="3"><사용용도>
☐ 교육비 ☐ 의료비 ☐ 주거비
☐ 장애인보조기기 구입 ☐ 창업·직업훈련비
☐ 장기적립을 위한 자금 마련(장기저축, 신탁 등)
☐ 기타( )</td></tr>
<tr><td>대리인
신청사유</td><td colspan="3"><대리인 신청 할 경우만 작성>
특별한 사유(신용불량자 등)를 제외하고는 대리인 신청불가합니다.
이 점 참고하시어 작성 부탁드립니다.</td></tr>
<tr><td colspan="2">입금정보</td><td>예금주</td><td></td><td>은행명</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4"></td><td>계좌번호</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6">위와 같이 「경기도 장애인 누림 통장」 해지를 신청합니다.

20 . . .
본인 서명(인)
대리인 관계 서명(인)

경기도 00시장 귀하</td></tr>
</table>