경기도사회서비스원

2024년 가족돌봄청년 힐링프로그램 제출서류

□ 지원대상

○ 경기도에 거주하고 있는 만 18세 이상 만 34세 이하 가족돌봄청년 누구나

– 가족돌봄청년이란? (경기도 가족돌봄청소년 및 청년 지원에 관한 조례 제2조)

➠ 부모가 사망·이혼·가출하거나, 부모를 포함한 가족 구성원이 장애·질병·정신 이상 또는 약물 및 알코올 남용 등으로 노동능력을 상실하여 사실상 가족의 생계를 책임지고 있는 34세 이하의 사람

★ 가족돌봄청년에 해당하는지 궁금하다면, 붙임3. 가족돌봄청년 체크리스트를 활용해보세요.

□ 신청기간

○ 2024년 9월~예산 소진 시까지 ※단, 11월 20일 신청분에 한함

□ 신청방법

○ 관련 서류 작성 후 신청 기간 내 이메일(winwin@gg.pass.or.kr)제출

제출 서류 목록	가족돌봄청년 힐링프로그램 신청서 1부
	개인정보 수집·활용 동의서 1부
	건강보험료 납부확인서(모든 가족 구성원) 1부

– 건강보험료 납입 증명서(https://www.nhis.or.kr)

: 같은 가구(세대) 내의 건강보험료 가입자 모두의 서류 필요. 한 가구 내 직장보험가입자와 지역보험가입자가 있는 경우 모두 합산하여 혼합 기준 적용

· 신청자 본인이 건강보험 가입자인 경우: 신청자 본인 및 세대 구성원 전원의 증명서
· 신청자 본인이 피부양자인 경우: 가입자(세대주)의 증명서

□ 선정기준

○ 가족돌봄청년 신청서 및 제출서류 검토 후 자격 여부 확인

경기도사회서비스원

[서식1]

접수번호	(사회서비스원 기입)

2024년 가족돌봄청년 힐링프로그램 신청서

1. 인적사항

성 명		생년월일		성별	
연 락 처		직 업		유사업종 경험	□예 □아니오
주 소					
건강상태	□상 □중 □하 (상세:) ※본인의 건강상태에 대해 기입해주세요.				

2. 생활형태

생활유형 (택1)	□ 기초생활수급자 (□생계급여 □의료급여 □주거급여 □교육급여)	□ 차상위계층
	□ 중위소득 120% 이하	□ 중위소득 120% 초과 ~ 150% 미만
경제상황 (모든 가족구성원을 포함하여 작성)	월평균소득 ( )원	
	□근로소득 (월 원)	□생계급여 (월 원) □주거급여 (월 원)
	□기초연금 (월 원)	□국민연금 (월 원) □기 타 (월 원)
주거상황 (택1)	□자가 □전세	□월세 □기타( )
가구유형 (택1)	□부모가구	□조손가구 □부부가구
	□한부모가구	□보호종료 청년 □기타( )
혼인여부 (택1)	□미혼 □기혼	□이별 □사별

3. 가족 구성원(본인제외)

관 계		성 명		성 별	
생년월일		직 업		동거여부	□O □X
월평균소득	만원	건강상태	□상 □중 □하	돌봄대상여부	

관 계		성 명		성 별	
생년월일		직 업		동거여부	□O □X
월평균소득	만원	건강상태	□상 □중 □하	돌봄대상여부	

관 계		성 명		성 별	
생년월일		직 업		동거여부	□O □X
월평균소득	만원	건강상태	□상 □중 □하	돌봄대상여부	

관 계		성 명		성 별	
생년월일		직 업		동거여부	□O □X
월평균소득	만원	건강상태	□상 □중 □하	돌봄대상여부	

4. 가족 돌봄 상황

돌봄대상	□조부모 □아버지 □어머니 □형제 □기타( )
실제 돌봄기간 (택1)	□1개월 이하 □6개월 이하 □1년 이하 □3년 이하 □5년 이하 □그 이상
구체적 상황	- 돌봄 대상자의 상황(신체정신적 건강상태, 필요한 돌봄의 내용 등) - 가족 내 돌봄상황(소요시간, 빈도, 행위내용 등 누가, 어디서, 어떻게 돌봄을 부담하고 있는지 구체적으로 기술) 예시1) 2시간 마다 1회 투약 및 배뇨관리가 필요하나 본인 이외에 다른 동거가족이 없음. 예시2) 하루 2회 식사보조, 위생관리(기저귀 케어 등), 5회 투약관리가 필요함. 형제가 오전, 본인은 오후에 전담하여 케어를 하고 있음. 예시3) 시력상실로 인하여 일상생활 전반을 보조하여야 하며, 지역내 장애인활동지원사 구인이 현실적으로 어려운 상황 또는 활동지원시간 부족 등 - 기타 (경제적 상황 등 지원이 필요한 사유)

5. 지원 신청내용(택1)

구분	선택여부	사용계획
힐링을 위한 돌봄		– 선택이유: 돌봄공백의 부담으로 인해 병원방문이 어려웠음. 방문요양을 통해 그간 미뤘던 병원치료(허리 디스크 치료)를 받고자 함. – 돌봄서비스 유형: 방문요양 – 제공기관 명: 000재가요양센터 – 이용예정 일시: 2024. 10. 10 – 해당 제공기관 선택이유: 기존 해당 요양시설을 통해 방문 요양서비스 이용 경험이 있어 신뢰할 수 있는 요양보호사 배치로 선호함. – 기타사항:
힐링을 위한 쉼		<여행 시> – 선택이유: 돌봄부담으로 인하여 여행 및 휴가의 경험이 없음. – 여행지: 00시 – 예정일정: 2024. 10. 9.~10.(1박2일) – 대략적인 일정: (1일차) 이동(기차) → 점심식사 → 바다구경 → 서점 → 저녁식사 → 취침(호텔) (2일차) 기상 → 카페 → 점심식사 → 이동(기차) – 주요 방문지 정보: (숙소) 000호텔, 00시 – 여행 시 돌봄대상자 돌봄방법: 친적(이모) 간병 <문화공연관람 시> – 선택이유: 평소 뮤지컬 관람에 관심이 많았으나 비용 및 시간확보의 부담으로 문화여가생활을 하지 못했음. 이번기회를 통해 평소 가고 싶었던 000 뮤지컬 관람을 하고자 함. – 방문처: 000공연장(00시 00구 00동) – 문화공연 정보: 뮤지컬 '000'관람 – 관람시 돌봄대상자 돌봄방법: 친적(이모) 간병

위 기재된 모든 내용은 일체의 허위와 부정사항이 없음을 서약합니다.

2024년 월 일

신청인: (서명 또는 인)

경기도사회서비스원

[서식2]

개인정보 수집·활용 동의서

경기도사회서비스원은 「개인정보 보호법」 제15조(개인정보의 수집·이용), 제23조(민감정보의 처리 제한), 제24조(고유식별정보의 처리 제한)에 따라 신원조사 업무의 수행에 필요한 개인정보, 민감정보 및 고유식별정보를 수집·이용합니다. 정보 주체의 동의 후 수집된 정보는 경기도사회서비스원의 개인정보 수집 및 이용목적 외의 용도로는 절대 이용 및 제공되지 않습니다.

1. 개인정보의 수집·이용에 대한 동의

가. 수집·이용 목적	가족돌봄청년 힐링프로그램 관련 업무(서비스 제공, 중복지원 조회 등)
나. 수집 항목	성명·주소 등 인적사항, 경제상황 및 재정상태, 입금계좌 등
다. 보유 및 이용기간	서비스 종료 후 5년
라. 수집 근거	– 「개인정보 보호법」 제15조제1항제1호, 제23조제1항, 제24조제1항 – 「사회복지사업법 시행령」 제25조의2제1항제1호

▶ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 다만, 동의를 거부할 경우 지원 서비스 제공이 제한될 수 있습니다.

☐ 동의합니다. ☐ 동의하지 않습니다.

본인은 위와 같이 개인정보 및 고유식별정보의 수집 · 이용에 대해 동의합니다.

2024년 월 일

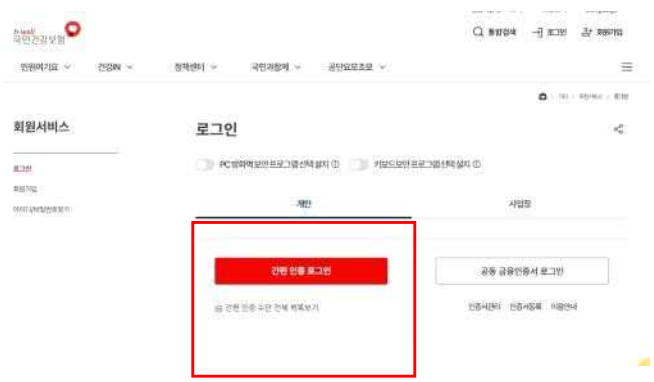
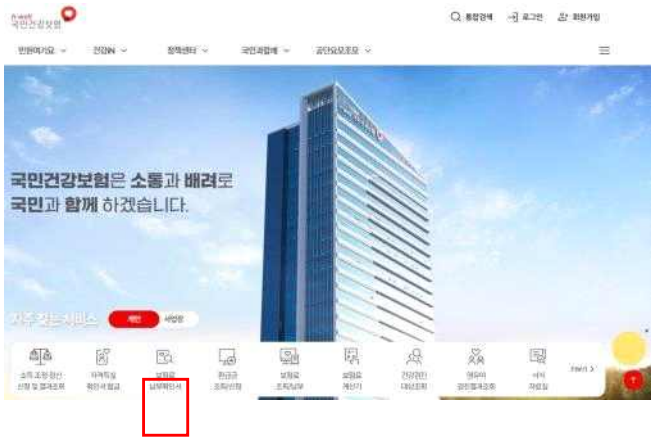
성 명 (서명 또는 인)

경기도사회서비스원장 귀하

경기도사회서비스원 PASS

[참고]

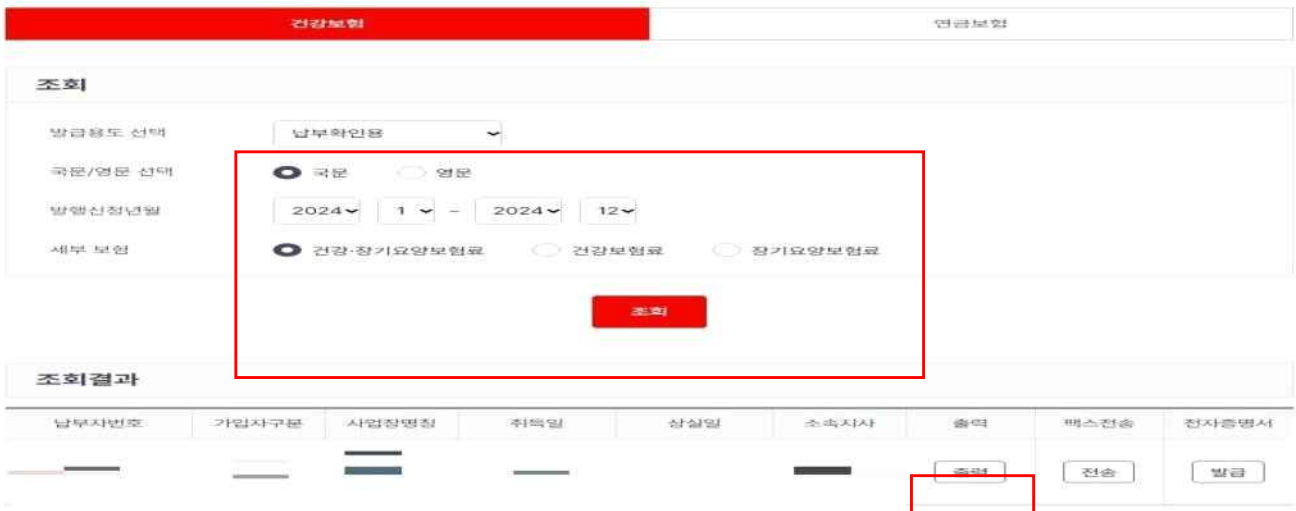
건강보험 납부확인서 발급방법

1. 국민건강보험 - 로그인 클릭 - 간편 인증 로그인 (https://www.nhis.or.kr/nhis/index.do)	2. 보험료 납부확인서 클릭
	

3. 건강보험 증명서 발급신청

1) 조회 > 발급용도: 납부확인용, 국문/영문 선택: 국문, 발행신청년월: 최근3개월분,
세부보험: 건강·장기요양보험료

2)조회결과 > 출력



※ 인터넷 발급이 어려운 경우, 1577-1000 대표전화로 문의 가능