

‘은빛SOL케어’ 간병비 신청서

신청인	성 명			주민등록번호	
	주 소	서울특별시 은평구			
	연 락 처	(핸드폰)	(비상연락처)		(관계 :)
	보호구분	<input type="checkbox"/> 기초생활보장 수급자 <input type="checkbox"/> 법정 차상위 <input type="checkbox"/> 심한 장애인 <input type="checkbox"/> 기타(중위소득 100% 이내)	안내방법	<input type="checkbox"/> 문자메시지서비스 <input type="checkbox"/> 전자우편() <input type="checkbox"/> 기타()	
간병비 신청	입원병원		입원기간	202 . . . ~ 202 . . .	
	병 명 (입원사유)				
	간병기간	<input type="checkbox"/> 10일 미만 (202 . . . ~ . . .) <input type="checkbox"/> 10일 이상 (202 . . . ~ . . .)			
	간 병 인 구인경로	<input type="checkbox"/> 구 협약 간병업체 () <input type="checkbox"/> 별도의 간병업체 ()			
	지원제외 안 내	1. 장애인 활동지원급여 수급자(장애인활동 지원에 관한 법률) 2. 노인등 장기요양급여 수급자(노인장기요양보험법) 3. 간호간병통합서비스 병동 입원 환자의 간병비(의료법) 4. 간병인 중개업체를 통하지 않은 사적 고용 간병인의 간병비 5. 그 밖에 다른 법령 등에 따라 비슷한 지원(급여)을 받고 있는 사람			
입 금 계 좌	성명(예금주)	금융기관명	계좌번호	비고(사유)	
지 원 절 차	협 약 간병업체	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">신청 민원인</div> ➔ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">접수 동주민센터</div> ➔ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">확인 간병업체</div> ➔ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">결정·지급 구청</div> </div>			
	별 도 의 간병업체	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">신청 민원인</div> ➔ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">접수 동주민센터</div> ➔ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">결정·지급 구청</div> </div>			
제 출 서 류	공 통	1. 신청서(서식) 2. 입퇴원확인서 3. 의사 진단서 또는 소견서 4. 본인명의 통장 사본 5. 건강보험료 납부확인서(수급자 및 차상위 제외)			
	별 도 의 간병업체	6. 간병사실확인서(간병업체 발급)(서식) 7. 간병업체 사업자등록증 사본			
	추가서류	8. 위임장 및 대리신청인의 신분증(대리신청의 경우) 9. 실질적 1인가구임을 증빙할 수 있는 서류(해당자에 한함)			

위와 같이 은평구 1인가구 돌봄더하기 「은빛SOL케어」 간병비를 신청합니다.

202 년 월 일

신청인(대리신청인) 성명 : (서명 또는 인)

신청인과의 관계 : (대리신청의 경우)

은평구청장 귀하

개인정보 수집 및 활용 동의

□ 개인정보 보호법 제15조, 제17조, 제23조, 제24조에 따라 은평구 1인가구 돌봄더하기 「은빛SOL케어」 간병비 지원 사업의 대상자 선정 및 간병비 지급, 확인 조사 등을 목적으로 개인정보를 수집하기 위하여 귀하의 동의를 받고자 합니다.

□ 개인정보의 수집·이용에 대한 동의

구 분	수집 항목	수집·이용 목적	보유 및 이용기간	동의 여부
일 반 개인정보	성명, 주소, 연락처, 전자우편, 계좌번호, 보장내역(기초생활보장, 법정 차상위), 소득·재산정보(건강보험료 부담액), 그밖에 대상자 선정을 위하여 필요한 정보	「은빛SOL케어」 간병비 지원 사업 수행	사업종료 후 5년	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
민감정보	병원, 병명, 입원기간, 간병인 이용 내역, 보장내역(장애 여부, 장애 정도)			<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
고 유 식별정보	주민등록번호			<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음

□ 개인정보의 제3자 제공에 대한 동의

제공받는 자	제공 항목	제공 목적	보유 및 이용기간	동의 여부
은평구와 협약 체결한 간병인 중개업체	성명, 생년월일, 주소, 연락처	간병 사실 확인	사업종료 후 5년	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음

※ 위의 개인정보 수집·이용 및 개인정보 제3자 제공에 대하여 동의를 거부할 권리가 있습니다. 단, 동의를 거부할 경우 추가서류 제출이 요구될 수 있으며, 신청자격 확인 불가, 지급 제한 등의 사유로 지원 대상에서 제외될 수 있습니다.

유의 사항

- 허위 또는 기타 부정한 방법으로 급여를 받은 경우, 급여 지급 사유가 소급하여 소멸한 경우 등에는 은평구가 그 비용의 전부 또는 일부를 그 급여를 받은 자로부터 환수할 수 있으며, 향후 은평구에서 수행하는 사업에 참여가 제한될 수 있습니다.
- 공고문 등을 통해 안내된 은평구 협약 간병업체가 아닌, 별도의 간병업체를 통해 간병인을 고용한 경우에는 추가 서류(간병사실확인서, 간병업체 사업자등록증)를 제출하여야 합니다.
- 구인자는 환자의 건강상태, 감염가능성 등 기타 간병에 필요한 정보를 간병인에게 충분히 제공하여야 합니다.
- 구인자는 간병인에게 폭언, 폭행, 상해 또는 성희롱, 성폭력 등 신체적, 정신적 해를 끼치는 행위를 하여서는 안 됩니다.
- 구인자는 간병인에게 간병의 범위를 벗어난 업무의 제공을 요구하여서는 안 됩니다.
- 「은빛SOL케어」 간병비 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환되지 않습니다.

본인(대리신청인 포함)은 위의 개인정보 수집 및 활용 동의와 유의사항에 대하여 담당공무원으로부터 안내받았음을 확인하며, 인적사항 및 주민등록, 사회보장 수혜이력에 관한 정보, 그밖에 대상자를 선정하기 위하여 필요한 정보를 관계기관에 요청하거나 관련 정보통신망을 통해 조회 및 적용하는 것에 동의합니다.

202 년 월 일

신청인(대리신청인) 성명 : (서명 또는 인)

신청인과의 관계 : (대리신청의 경우)

은평구청장 귀하

간 병 사 실 확 인 서

간병인 중개업체	상호		사업자(법인)	
	대표자		등록번호	
	주소		전화번호	
간병인	성명		생년월일	
	주소		전화번호	
구인자 (환자)	성명		생년월일	
	주소		전화번호	
계약 내용	간병기간	20 ~ 20 주()일 : 월, 화, 수, 목, 금, 토, 일		
	간병시간	()시 ()분 ~ ()시 ()분	간병장소 (입원병원)	
	간병요금	1일 _____원	지급형태	일급, 주급, 월급, 기타
	간병인 업무	1. 환자의 식사, 개인위생, 침대시트 교체, 배설, 이동, 목욕, 수면 등 일상생활 보조 2. 약물투여 보조, 체위변경 등 환자에 대한 치료행위의 보조 3. 의료인의 지시에 따른 환자의 상태 관찰 및 보고 4. 산책, 보행훈련 등 재활훈련 보조 5. 기타 의료인의 지시에 따른 것으로, 환자의 회복을 위하여 필요한 행위 (단, 의료행위는 제외)		
	간병인 의무	1. 간병인은 환자 또는 그 가족의 개인정보를 누설하여서는 아니된다. 2. 간병인은 환자의 보호 및 치료를 소홀히 하거나 폭언, 폭행, 상해 또는 성희롱, 성폭력 등 신체적, 정신적 해를 끼치는 행위를 하여서는 아니된다.		
	사고발생 및 손해배상	1. 간병인은 업무 수행 중 환자의 건강상태에 중요한 변동이 발생한 경우, 즉시 담당 의료인과 이용자에게 그 내용을 알려야 한다. 2. 중개업체는 이 계약의 이행과정에서 발생한 사고를 배상하기 위하여 배상책임보험에 가입하여야 한다.		
	기타 사항			
간병인 근무 내용	간병기간 (확인기간)	총 간병기간 20 ~ 20	총 간병일수 _____일	
	간병비 내역	총 간병요금 _____원	1일 간병요금 _____원	

위와 같이 간병 계약을 체결하고 간병인이 근무하였음을 확인합니다.

년 월 일

간병인 중개업체

(인)