

## 개인정보 수집·이용·제공에 대한 동의서

[이용자 용]

서울시립북부장애인종합복지관은 [개인정보보호법] 제15조에 의거하여 귀하의 개인정보 수집·이용함에 있어 동의를 받고 있습니다. 아래 내용을 충분히 숙지하신 후 본인 또는 보호자가 직접 동의란에 서명해 주시기 바랍니다.

### 1. 기본 개인정보 수집

가. 필수정보: 성명, 생년월일, 연락처(전화 또는 휴대전화), 주소

나. 이용 목적

- 성명, 생년월일, 연락처: 협회 업무와 복지정보 안내 등 서비스 이용 안내
- 이메일, 주소: 소식 및 공지사항 전달, 불만처리 등을 위한 원활한 의사소통 경로의 확보 등

| 이용자 구별을 위한 필수정보 수집에 동의하십니까? | 동의함 | 동의하지 않음 |
|-----------------------------|-----|---------|
|                             |     |         |

### 2. 고유식별정보 수집

가. 고유식별정보: 복지카드 사본

나. 이용 목적

- 지역사회재활시설의 이용자는 장애인복지법 제2조의 규정에 의한 장애인이어야 하며 이에 대한 증빙으로 [복지카드] 사본을 수집하여야 합니다.

| 고유식별정보 처리에 동의하십니까? | 동의함 | 동의하지 않음 |
|--------------------|-----|---------|
|                    |     |         |

### 3. 개인정보 제공 동의 거부 권리 및 동의 거부에 따른 불이익 내용 또는 제한사항

귀하는 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 일부 재활서비스는 그 특성에 따라 제한 될 수 있으며, 장애인 복지서비스 관련 안내를 받지 못할 수도 있습니다.

### 4. 개인정보 보유 및 이용기간

수집한 개인정보 파일의 보유기간은 수집 목적을 달성한 시점까지이며, 파기를 요청하실 경우 절차에 따라 즉시(5일 이내) 파기되어 집니다.

| 개인정보의 수집 및 이용목적에 동의하십니까? | 동의함 | 동의하지 않음 |
|--------------------------|-----|---------|
|                          |     |         |

※ 만14세 미만 아동 또는 법적 의사결정 능력이 없는 자의 경우 반드시 법적대리인의 동의가 필요합니다.

| [법정대리인 동의서] 본인은 법정대리인으로 서비스 이용 신청에 동의합니다. |           |
|-------------------------------------------|-----------|
| 법정대리인 성명                                  | (인 또는 서명) |
| 법정대리인 연락처                                 |           |
| 법정대리인과의 관계                                |           |

본인은 위의 내용을 충분히 숙지하였으며, 협회의 보다 나은 서비스 제공과 정책수립을 위해 개인정보를 수집, 활용, 제공하는 것에 동의합니다.

2016년      월      일

확인자

(인 또는 서명)

☐ 14세 미만 보호자 또는 동의자

(인 또는 서명)

☐ 위임 보호자 또는 동의자

(인 또는 서명)

서울시립북부장애인종합복지관장 귀하

# 개인정보 수집·이용·제공에 대한 동의서

[기관 용]

서울시립북부장애인종합복지관은 [개인정보보호법] 제15조에 의거하여 귀하의 개인정보 수집·이용함에 있어 동의를 받고 있습니다. 아래 내용을 충분히 숙지하신 후 본인 또는 보호자가 직접 동의란에 서명해 주시기 바랍니다.

## 1. 기본 개인정보 수집

가. 필수정보: 성명, 생년월일, 연락처(전화 또는 휴대전화), 주소

나. 이용 목적

- 성명, 생년월일, 연락처: 협회 업무와 복지정보 안내 등 서비스 이용 안내
- 이메일, 주소: 소식 및 공지사항 전달, 불만처리 등을 위한 원활한 의사소통 경로의 확보 등

| 이용자 구별을 위한 필수정보 수집에 동의하십니까? | 동의함 | 동의하지 않음 |
|-----------------------------|-----|---------|
|                             |     |         |

## 2. 고유식별정보 수집

가. 고유식별정보: 복지카드 사본

나. 이용 목적

- 지역사회재활시설의 이용자는 장애인복지법 제2조의 규정에 의한 장애인이어야 하며 이에 대한 증빙으로 [복지카드] 사본을 수집하여야 합니다.

| 고유식별정보 처리에 동의하십니까? | 동의함 | 동의하지 않음 |
|--------------------|-----|---------|
|                    |     |         |

## 3. 개인정보 제공 동의 거부 권리 및 동의 거부에 따른 불이익 내용 또는 제한사항

귀하는 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 일부 재활서비스는 그 특성에 따라 제한 될 수 있으며, 장애인 복지서비스 관련 안내를 받지 못할 수도 있습니다.

## 4. 개인정보 보유 및 이용기간

수집한 개인정보 파일의 보유기간은 수집 목적을 달성한 시점까지이며, 파기를 요청하실 경우 절차에 따라 즉시(5일 이내) 파기되어 집니다.

| 개인정보의 수집 및 이용목적에 동의하십니까? | 동의함 | 동의하지 않음 |
|--------------------------|-----|---------|
|                          |     |         |

※ 만14세 미만 아동 또는 법적 의사결정 능력이 없는 자의 경우 반드시 법적대리인의 동의가 필요합니다.

|                                           |           |
|-------------------------------------------|-----------|
| [법정대리인 동의서] 본인은 법정대리인으로 서비스 이용 신청에 동의합니다. |           |
| 법정대리인 성명                                  | (인 또는 서명) |
| 법정대리인 연락처                                 |           |
| 법정대리인과의 관계                                |           |

본인은 위의 내용을 충분히 숙지하였으며, 협회의 보다 나은 서비스 제공과 정책수립을 위해개인정보를 수집, 활용, 제공하는 것에 동의합니다.

2016년      월      일  
확인자

(인 또는 서명)

☐ 14세 미만 보호자 또는 동의자

(인 또는 서명)

☐ 위임 보호자 또는 동의자

(인 또는 서명)

서울시립북부장애인종합복지관장 귀하