

- 희망의 동반자, 사회변혁의 주역이 되어 국가발전에 기여하는 지장협 -



## 용인시치인장애인복지관



수신자 수신처 참조  
(경유)

제 목 2016 장애가정청소년 성장멘토링 멘토 모집 안내

1. 귀 대학의 무궁한 발전을 기원합니다.
2. 용인시치인장애인복지관에서는 우체국공익재단과 한국장애인재활협회가 지원하는 저소득 장애가정의 자녀들을 위한 2016 장애가정청소년 성장멘토링 사업을 수행하고자 합니다.
3. 위 사업의 수행을 위해 대학생 멘토를 모집하오니 많은 협조 바랍니다.

가. 사 업 명 : 2016 장애가정청소년 성장멘토링

나. 사업기간 : 2016년 3월 ~ 11월

다. 사업대상 : 저소득(수급, 차상위)에 (조)부모가 장애가 있는 초등학생

라. 모집대상 : 대학(원)생 혹은 졸업생

마. 활동내용 : 학습지원, 건강관리, 문화체험 등

바. 모집기간 : 2016. 03. 02.(수) ~ 3. 23.(수)

사. 모집인원 : 6명

아. 문 의 : 지역연계팀 김민기(031-320-4831)

- 붙임 1. 2016 장애가정청소년 성장멘토링 멘토 모집공고 1부.  
2. 2016 장애가정청소년 성장멘토링 멘토신청서 1부.  
3. 개인정보 수집 및 활용 동의서 1부. 끝.

## 용인시치인장애인복지관



수신처 : 용인대학교 총장, 강남대학교 총장, 단국대학교 총장, 한국외국어대학교 총장, 용인송담대학교 총장, 칼빈대학교 총장, 루터대학교 총장

팀원 김민기 팀장 김태웅 사무국장 이선덕 관장 곽상구

시행 처인장복-2016-0556 (2016. 03. 07.)

우 17038 경기도 용인시 처인구 경안천로 318(고림동) / [www.heart4u.or.kr](http://www.heart4u.or.kr)

전화 (031)320-4800 전송 (031)320-4899 / 공개



우체국공익재단 과

dodream  
한국장애인개발원

용인시 처인장애인복지관 이

수행합니다.



저소득 장애가정의 초등학생 자녀가

스스로 성장할 수 있는 **날개**가 되어 주세요

## ◎ 성장-mentoring 사업이란?

저소득 장애 (조)부모의 초등학생 자녀(멘티)를 대상으로 대학생(멘토)을 1:1로 매칭합니다. 멘토링을 통해 멘티의 자기관리 능력을 높이고, 정서적 지지를 통해 부족한 양육환경을 보충해주어 스스로 건강하게 성장할 수 있는 기반을 강화해주는 사업입니다.

## ◎ 지원자격

≡ 대학(원)생 및 졸업생

## ◎ 활동기간

≡ 3월 ~ 11월

## ◎ 모집인원

≡ 6명

## ◎ 혜택

- ≡ VMS 봉사시간 부여
- ≡ 1회당 활동비 18,000원 지원
- ≡ 우체국 공익재단장 활동 인증서 지급

## ◎ 활동내용

- ≡ 건강관리 및 학습지원
- ≡ 문화체험 및 여름캠프 지원
- ≡ 기타 활동 지원

## ◎ 활동기간

≡ 3월 ~ 11월

## ◎ 모집기간

≡ 2016. 3. 2.(수) ~ 23.(수)

서류 및  
면접합격자  
발표

활동시작

☎ 신청서 : 복지관 홈페이지 공지사항 220번 글 확인  
(<http://www.heart4u.or.kr>)

☎ 제출방법 : 이메일 접수(m1n84@naver.com)

## ◎ 문의사항

≡ 지역연계팀 김민기  
031-320-4831 / m1n84@naver.com

장애가정청소년 '성장-mentoring'

사 진

|                                       |                            |  |        |                |  |
|---------------------------------------|----------------------------|--|--------|----------------|--|
| 접수번호                                  |                            |  | 접수일자   |                |  |
| 성명                                    | 한글                         |  | 소속     | 대학(대학원) or 직장: |  |
|                                       | 생년월일                       |  |        | 학과(부서):        |  |
|                                       |                            |  |        | 학번(학년):        |  |
| 주소                                    |                            |  |        |                |  |
| 연락처                                   | (자택):                      |  | (휴대폰): |                |  |
|                                       | (E-Mail):                  |  |        |                |  |
| 자격 및<br>지원동기<br>경력사항                  | 1.<br>2.<br>3.<br>4.<br>5. |  |        |                |  |
| 자격 및 특기를<br>활용하여 멘티에게<br>도움을 줄 수 있는 것 |                            |  |        |                |  |
| 멘토링 관련 경험                             |                            |  |        |                |  |
| 지원동기                                  |                            |  |        |                |  |
| 멘토링을 통하여<br>얻고자 하는 것                  |                            |  |        |                |  |
| 멘티에게<br>가르쳐주고 싶은 것                    |                            |  |        |                |  |
| 활동가능 시간                               |                            |  |        |                |  |

본인은 이 프로그램에 참여하기를 희망합니다.

2016년      월      일      지원자:      (인)

## 개인정보 제공 및 활용 동의서

용인시치인장애인복지관(이하 '복지관')은 귀하의 개인정보를 수집 및 활용함에 있어 동의절차를 준수하고자 합니다. 또한 수집된 개인정보는 복지관 사업(프로그램) 외 다른 용도로는 이용되지 않습니다. 아래의 내용을 충분히 숙지하신 후 본인이 직접 서명해 주시기 바랍니다.

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 기본 개인정보<br>및 고유 식별<br>정보<br>수집·이용 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 필수정보 : 성명, 생년월일, 연락처, 주소(전자우편 주소), 개인정보 관련 증빙서류</li> <li>■ 이용목적               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 성명, 생년월일, 연락처, 주소 : 복지관 사업(프로그램)관련 서비스 안내 및 공지</li> <li>- 개인정보 관련 증빙서류 : 개인정보에 대한 증빙을 위해 재학증명서(또는 휴학증명서, 졸업증명서), 주민등록등본(주민등록번호 정보 삭제)을 수집하여야 합니다.</li> </ul> </li> <li>■ 개인정보 보유 및 이용기간<br/>수집한 개인정보 파일의 보유기간은 영구적이며, 파기를 원할시 절차에 따라 즉시(5일 이내) 파기되어 집니다.</li> <li>■ 개인정보 제공 동의 거부 권리 및 동의 거부에 따른 불이익 내용 또는 제한사항<br/>귀하는 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의거부에 따라 등록 및 일부 서비스 참여가 제한될 수 있습니다.</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">             위의 필수정보 수집에 동의하십니까?    <input type="checkbox"/> 동의 함    <input type="checkbox"/> 동의하지 않음           </div>                                                     |
| 개인정보<br>제3자에게<br>제공               | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 개인정보를 제공받는 자 : 본 복지관을 통해 기부와 자원봉사활동을 하고 있는 사람과 단체, 공공기관, 비영리 목적사업을 운영하고 있는 사람과 단체</li> <li>■ 이용 목적 : 공공기관 제출, 홈페이지, 소식지, 홍보물, 장애인복지서비스 증진과 기부, 봉사활동을 위한 공익적 목적 외에 어떠한 용도로도 사용되지 않습니다.</li> <li>■ 제공하는 개인정보의 항목: 이름, 생년월일, 연락처, 학교 및 학과명, 봉사 영역, 타 서비스 연계를 위한 정보, 영상 촬영이나 제출된 사진, 영상자료 일체</li> <li>■ 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 공유 및 이용기간 : 이용목적이 달성된 후에는 해당 자료를 지체없이 파기합니다. 단, 본인에 의해 삭제요청이 없는 한 지속적으로 관리되며, 삭제 요청 시 본인 확인절차를 거쳐 정보를 파기합니다.</li> <li>■ 개인정보 제공 동의 거부 권리 및 동의 거부에 따른 불이익 내용 또는 제한사항<br/>귀하는 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의거부에 따라 등록 및 일부 서비스 참여가 제한될 수 있습니다.</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">             위의 필수정보 수집에 동의하십니까?    <input type="checkbox"/> 동의 함    <input type="checkbox"/> 동의하지 않음           </div> |

본인은 위의 내용에 대해 동의를 거부할 수 있다는 안내를 받았으며, 본인의 동의가 없을 때에는 복지관 일부 서비스 참여에 제한될 수 있다는 안내를 받았습니다.

본인은 본 동의서의 내용과 개인정보 수집·처리 및 제3자 제공에 관한 본인의 권리에 대하여 이해하고 서명합니다.

년    월    일

확인자                      (인 또는 서명)