

개인별 지원계획 신청서

인천광역시 지역장애인보건의료센터(인하대병원 지정)는 지역사회 보건의료-복지서비스의 의사결정 주체들 간의 연계·조정으로 장애인이 자신이 속한 지역사회 속에서 자원을 활용하여 건강한 삶을 스스로 영위할 수 있도록 지원하는 기관입니다.

- 사업대상 : 임신 확인 후부터 출산 6개월까지의 여성장애인
- 신청방법 : 신청서류 작성 및 센터등록(센터 담당자가 개별 연락)
- 신청서류 : 지역사회서비스 의뢰서, 개인정보 제공 동의서(뒷장 서식)
- 신청비용 : 무료
- 제공 서비스

1. 출산용품 지원(*소진 시 대체물품 제공/담당자 문의)

- 「40주의 우주」 장애인 부부를 위한 임신·출산 매뉴얼
- 고막체온계(IRT6030)
- 손목보호대
- 보온찜질팩
- (택1)아기치발기 세트
- (택1)아기체육관 모빌세트

* (택1)치발기세트와 (택1)아기체육관 모빌세트는 교육 참여자 제공

☐ 신청

☐ 미신청

2. 산전·산후 건강관리 교육

* 맞춤형 프로그램으로 수어통역, 점자자료 지원합니다.

교육명	신청 여부	
임신 중·출산 후 건강관리	☐ 신청	☐ 미신청
태교 교육	☐ 신청	☐ 미신청
산후우울 관리	☐ 신청	☐ 미신청
신생아 건강관리	☐ 신청	☐ 미신청
모유수유 관리	☐ 신청	☐ 미신청
피임법, 피임 수술	☐ 신청	☐ 미신청
영유아 발달단계 및 양육	☐ 신청	☐ 미신청
기타 듣고 싶은 교육(자유롭게 작성)	()	

* 뒷장 지역사회서비스의뢰서와 개인정보동의서 작성 후 담당자에게 전달해주세요.

* 담당자는 지역사회서비스 의뢰서에 사인 후 센터로 서류를 전달해주세요.

* FAX : 032-451-9060 * E-mail : ichmc@naver.com * T : 032-451-9052

지역사회서비스 의뢰서 I

의뢰하는 기관					
의뢰 받는 기관	형태	☐ 보건소 ☐ 지역장애인보건의료센터 ☐ 케어안내창구 ☐ 복지기관 ¹⁾ ☐ 기타 ²⁾			
	기관명	인천지역장애인보건의료센터			
	주소	인천광역시 중구 서해대로 366			
기본 사항	성명 / 성별			생년월일	년 월 일 (만 세)
	전화번호	환자	보호자		
	행정 주소지				
	장애등록		☐ 무 ☐ 유 (☐ 중증 ☐ 경증) ☐ 진행 중 ☐ 신청예정		
	장애유형 (중복장애 체크)		☐ 지적 ☐ 지체 ☐ 청각 ☐ 시각 ☐ 언어 ☐ 정신 ☐ 뇌병변 ☐ 자폐성 ☐ 심장 ☐ 신장 ☐ 간 ☐ 장루·요루 ☐ 뇌전증 ☐ 안면 ☐ 호흡기		
	장기요양등급		☐ 해당없음 ☐ 신청 (☐ 신청예정 ☐ 진행 중 ☐ 완료: 등급) ☐ 기 등급자: 등급 ☐ 추후 재 의뢰		
가구 및 돌봄	돌봄제공자	☐ 본인 ☐ 가족 (관계:) ☐ 유급 간병인 ☐ 요양보호사 ☐ 기타 (관계:)			
	가구형태	☐ 1인 가구 ☐ 부부가구 ☐ 자녀동거 ☐ 기타()			
건강 수준	진단명			발병일	년 월 일
	만성질환	☐ 없음 ☐ 당뇨 ☐ 고혈압 ☐ 기타()			
	통증	☐ 없음 ☐ 있음 (부위:) ☐ 간헐적 ☐ 지속적			
	피부	☐ 양호 ☐ 불량 ☐ 욕창 (부위:) 단계:)			
	보행능력	☐ 완전자립 ☐ 도움필요 ☐ 걷지 못함			
	보조기구	☐ 도보 ☐ 지팡이 ☐ 보행기 ☐ 휠체어 ☐ 기타()			
	화장실 사용하기	☐ 화장실 (☐ 완전독립 ☐ 도움필요) ☐ 기저귀 ☐ 이동식변기 ☐ 기타()			
	식사 하기	기능	☐ 완전독립 ☐ 도움필요 ☐ 행위 발생 안함 ☐ 없음 ☐ 있음		
임신 정보	임신 주수	주 일	분만예정일	년 월 일	
	분만 방법(예정)	☐ 자연분만 ☐ 제왕절개 ☐ 모름			
	분만(예정)기관	병원명 :			
대상자 요구사항					
희망 서비스 (중복선택 가능)	☐ 조기적응프로그램		☐ 장애이해하기 ☐ 일상생활 동작관리 ☐ 장애별 자가관리 프로그램 등		
	☐ 장애인 재활운동 프로그램		☐ 관절운동, 근력운동 ☐ 보행운동 ☐ 2차 장애관리 프로그램 등		
	☐ 장애인 사회참여 서비스		☐ 장애별 자조모임 ☐ 동료상담 ☐ 보호자 교육 및 가족 소모임 등		
	☐ 자원연계 서비스		☐ 가족 내 편의시설 지원서비스 ☐ 보건소 내 연계서비스 등(방문, 금연, 절주 비만 등)		
	☐ 기타		☐ 임신부 등록관리 ☐ 산전·산후 건강교육		
첨부서류	☐ 개인정보제공동의서 ☐ 기능평가결과 ☐ 기타()				
의뢰일: 년 월 일 상기인을 귀 기관에 의뢰하오니 적극 협조 부탁드립니다. 담당자 (연락처:)					
상기 내용에 대해 충분히 설명을 들었고, 연계 계획에 동의합니다. 대상자 성명 (서명:)					

1) 복지기관 : 종합사회복지관, 노인복지관, 노인복지센터, 장애인 복지관, 재활센터, 주야간보호, 단기보호 시설, 장애인스포츠센터
 2) 기타 : 복지기관을 제외한 민간서비스단체 등

개인정보 수집 · 이용 및 제3자 제공 동의서

인천지역장애인보건의료센터는 「개인정보보호법」에 명기된 관련 개인정보보호 규정에 의거, 「장애인의료접근성 및 보장에 관한 법률」 제 20조에 의한 업무를 처리함에 있어 상담, 검진, 의료비 지원 등 각종 서비스 제공을 위하여 아래와 같은 개인정보를 수집·이용 및 제3자 (단체·유관기관 등 장애인 건강보건관리 사업기관(업무의 위임·위탁기관을 포함)에게 제공하고자 합니다.

※ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의를 거부할 권리가 있습니다.
그러나 동의를 거부할 경우 일부 서비스를 제공받으실 수 없습니다.

1. 개인정보 수집·이용에 대한 동의

[개인정보의 수집 · 이용 목적]

귀하의 개인정보를 다음과 같은 이유로 수집합니다.

- 가. 지역장애인보건의료센터에서 운영하는 각종서비스 지원 및 관리
- 나. 지역장애인보건의료센터 이용현황 및 관련통계 산출
- 다. 지역장애인보건의료센터 등록자 기반의 전산정보처리, DB운영 및 보안관리
- 라. 지역장애인보건의료센터에서 운영하는 각종 서비스 안내를 위한 우편물, 문자 및 이메일 발송

[수집하는 개인정보의 항목]

- 성명, 전화번호, 주민등록번호, 주소, 건강, 질병 및 장애에 대한 정보, 수혜이력 정보

[개인정보 보유 및 이용기간]

- 상기 내용은 개인정보보호법을 기준으로 합니다.
- 상기 개인정보의 이용목적 소멸 시까지 보유합니다.

개인정보의 수집 및 이용목적에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

2. 개인정보의 제3자 제공에 대한 동의

가. 지역장애인보건의료 등록 대상자의 건강보건관리를 위해 인천지역장애인보건의료센터에서는 지역 내 보건·복지서비스를 연계하고 있습니다. 인천지역장애인보건의료센터가 수집한 개인정보는 아래의 내용에 따라 다른 기관에 제공하게 됩니다.

- 1. 정보의 제공 범위 : 이름, 전화번호, 기타 필요하다고 인정되는 개인정보
- 2. 정보의 제공 대상 : 보건소, 장애인복지관, 건강보험공단 지사 등 서비스 연계 해당 기관 등
- 3. 정보의 이용 목적 : 타 기관의 보건·복지 서비스 연계
- 4. 정보의 보유 및 이용 기간 : 인천지역장애인보건의료센터 대상자 등록관리 기간

나. 지역장애인보건의료센터 운영 효과 평가 및 정책 방향 연구의 통계자료로 활용하기 위하여 지역장애인보건의료센터는 보건복지부 및 중앙장애인보건의료센터에 아래의 내용에 따라 개인 정보를 제공하게 됩니다.

- 1. 정보의 제공 범위 : 연구 필요성이 인정되는 개인정보
- 2. 정보의 이용 목적 : 사업의 효과 평가 및 정책 방향 연구
- 3. 정보의 보유 및 이용 기간 : 해당 연구의 진행기간

개인정보의 제3자 제공에 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

3. 민감 정보의 수집동의

인천지역장애인보건의료센터는 수집한 개인의 건강정보는 민감 정보로서 아래의 목적에 필요한 용도 이외로는 사용되지 않으며 이용 목적이 변경될 시에는 사전 동의를 구할 것입니다.

[민감 정보수집 목적]

- 지역장애인보건의료센터에서 운영하는 각종서비스 지원 및 관리
- 지역장애인보건의료센터 이용현황 및 관련 통계 산출
- 지역장애인보건의료센터 등록자 기반의 전산정보처리, DB운영 및 보안관리
- 사업 효과 평가 및 정책 방향 연구 통계 생성

[민감 정보 항목]

- 건강, 질병 및 장애에 대한 정보 (진단정보, 투약정보, 조기검진 정보 등)
- 공적 부조, 사회 서비스 등 수혜 이력에 대한 정보
- 안전에 대한 정보
- 기타 (거주, 직업 등)

민감 정보의 수집에 동의하십니까?

☐ 동의함

☐ 동의하지 않음

4. 고유식별정보의 수집동의

인천지역장애인보건의료센터는 서비스 제공을 위하여 다음과 같은 목적으로 고유식별정보(주민등록번호)를 수집하고 있습니다.

- 지역장애인보건의료센터에서 운영하는 각종서비스 지원 및 관리
- 지역장애인보건의료센터 이용현황 및 관련통계 산출
- 지역장애인보건의료센터 등록자 기반의 전산정보처리, DB운영 및 보안관리
- 사업 효과 평가 및 정책 방향 연구 통계 생성

고유식별정보의 수집에 동의하십니까?

☐ 동의함

☐ 동의하지 않음

본인은 「개인정보보호법」 제15조·제18조, 제23조 및 제24조, 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 시행령 제10조(민감 정보 및 고유식별정보의 처리)에 따른 개인정보, 민감정보, 고유식별정보의 처리에 관하여 고지 받았으며, 이를 충분히 이해하고 그 처리에 동의합니다. 본인은 위의 동의사항에 관하여 「개인정보보호법」 제15조 제1항 및 제18조 제3항에 따른 안내로 갈음하는 것에 동의합니다.

년 월 일

대 상 자 : (서명 또는 인)

(법정)대리인 : (서명 또는 인)

대상자와의 관계 : _____

대리 동의 사유 : _____