서식 1 장애인 기회소득 신청서

1. 신청자 인적사항							
성 명		생년월일	-		성별	남・여	
연락처		기타연락처 (비상연락망)	관계: / 연락처:				
주민등록 주소	경기도				**1인가구 해당여부** ☐ 해당있음 ☐ 해당없음		
계좌 정보 (참여자)	**은행 :**	**예금주:**	**사회보장급여 대상여부**	☐ 국민기초수급자 ☐ 차상위계층 ☐ 해당없음 ※ 해당항목에 V 표시			
	계좌번호:						
스마트폰	☐ **유 (가족 스마트폰으로도 워치 연결 가능)** ☐ **무**						
장애정도 및 유형	☐ 정도가 심한 장애인 ☐ 정도가 심하지 않은 장애인						
	☐ 지체장애	☐ 뇌병변장애	☐ 시각장애	☐ 청각장애			
	☐ 언어장애	☐ 지적장애	☐ 자폐성장애	☐ 정신장애			
	☐ 신장장애	☐ 심장장애	☐ 호흡기장애	☐ 간장애			
	☐ 안면장애	☐ 장루·요루장애	☐ 뇌전증장애				
	☐ 중복장애(해당 장애유형을 작성해주세요. ※ 필수 작성)						
주의사항	1. 지급 계좌는 지급 대상자 본인의 통장 원칙입니다. - 휴면·적금·청약계좌 등으로는 지급이 불가하오니 반드시 정상 입출금이 가능한 일반 예금 계좌를 기재하여 주시기 바랍니다. ※ 부정확한 계좌 정보 기재로 인한 지급 지연 및 불가에 대한 책임은 신청인(대리인)에게 있음 2. 중앙부처, 道, 및 기타 지방자치단체 등 유관 기관에서 지원하는 각종 지원금 및 사회보장급여와 중복 수급이 가능하나, 중복 수급에 따라 타 지원금의 수급 자격 또는 급여액의 변동이 있을 수 있으므로 관련 사업 담당자와 반드시 사전에 상의 한 후 신청바랍니다. ※ 본 사업의 신청으로 인한 타 사업 및 보장의 자격 박탈 및 급여액 감소 등에 대한 책임은 신청인(대리인)에게 있음						
	*** 신청인 본인(대리인)은 위의 주의사항을 고지 받았습니다.** ☐ **확인 (박스에 v표시)**						
안내 사항	**지원 대상 및 지원 기준, 지원 기간 등 세부사업 내용이 달라질 수 있습니다.**						

*신청인 별도 첨부서류 : 개인정보제공동의서 1부.
사회보장급여(자격)사실확인서(해당되는 경우) 1부.

위와 같이 장애인기회소득을 신청합니다.

2026년 월 일

본인 성명 (서명 또는 인)

법정대리인 성명 (서명 또는 인)

경기도지사 귀하

서식 2 장애인 기회소득 개인정보 수집 · 이용 및 제3자 제공 동의서

경기도「장애인 기회소득」지원 신청을 위한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공합니다.
내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 결정하여 주십시오

▶ 개인정보 수집 ·이용내역

항목	수집 · 이용 목적	보유·이용기간
성명, 생년월일, 주소, 성별, 연락처, 관계자 연락처, 사회보장급여 대상 여부 (기초수급자, 차상위, 바우처 지원여부, 장애정도, 계좌정보 여부)	차세대행복e음시스템을 활용한 신청인 가구의 소득 및 재산 조사, 거주지 확인 등 장애인 기회소득 참여신청 자격조회, 문자발송을 위한 정보제공 ※ 수급자, 차상위계층 등 기 수급내역 확인시 소득기준은 확인결과로 반영	신청접수 후 3년 까지

※ 귀하는 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.
그러나 동의를 거부할 경우 장애인기회소득 참여 대상 선정에 제한 될 수 있습니다.

※ 개인정보 수집 · 이용에 동의하십니까? (동의 □, 미동의 □)

▶ 차세대행복e음시스템 정보 활용 동의

제공받는자	제공 목적	제공항목	보유·이용기간
차세대행복e음시스템	지원대상자의 선정 및 확인조사	인적사항 및 가족관계 확인에 관한 정보, 가구 소득·재산에 관한 정보, 장애등록 정보, 주소지 전출입 정보에 대하여 정기적으로 관계기관에 요청하거나 조회	신청접수 후 3년 까지

※ 귀하는 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.
그러나 동의를 거부할 경우 장애인기회소득 참여 대상 선정에 제한 될 수 있습니다.

※ 개인정보 수집 · 이용에 동의하십니까? (동의 □, 미동의 □)

▶ 개인정보 제3자 제공 내역

제공받는자	제공 목적	제공항목	보유·이용기간
경기도, 시군, 경기도장애인복지종합지원센터 (누림센터), 성과조사연구기관	장애인 기회소득 대상자 선정·지원, 만족도 조사 등	성명, 생년월일, 주소, 성별, 연락처, 기타 연락처(비상연락망), 가구소득·재산에 관한 정보, 장애정보, 계좌정보	신청접수 후 3년 까지

※ 귀하는 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다.
그러나 동의를 거부할 경우 장애인기회소득 참여 대상 선정에 제한 될 수 있습니다.

※ 위의 개인정보를 제 3자 제공하는데 동의하십니까? (동의 □, 미동의 □)

2026년 월 일

본인 성명 (서명 또는 인)
법정대리인 성명 (서명 또는 인)

경기도지사 귀하

서식 3 위임장

위 임 장

위임자	성 명		주민등록번호	
	주 소			
	연 락 처			
위 임 받 는 자	성 명		주민등록번호	
	주 소			
	연 락 처			

※ 확인 서류 : 위임자 신분증 사본 1부. 위임받는자 신분증 원본제시
* 신분증은 주민등록증, 운전면허증, 여권 중 제시

상기 위임인은 위임받는자에게 2026년 경기도 장애인 기회소득 지급 신청에 대한 권한을 부여합니다.

위임일자 : 년 월 일

위 임 인 : **(서명 또는 인)**

경기도지사 귀하