

# 2024년 위기청소년 상처제거 지원사업 제출서류

## < 사업 개요 >

- ◇ 사업 명: 2024년 위기청소년 상처제거 지원사업
- ◇ 지원내용: 병원 치료비 200만원 이내, 맞춤형 1:1 개인 심리상담

직책	성명	연락처
팀장	박원희	031)248-1318(내선 400)
팀원(담당자)	주은영	031)248-1318(내선 403)

[공통1]

## 2024년 위기청소년 상처제거 지원사업 신청서

### ○ 대상자 정보

성명		생년월일		성별	
상처유형	<input type="checkbox"/> 자해흔 <input type="checkbox"/> 폭력 상처 <input type="checkbox"/> 문신	환경 정보	예) 학교 재학/사퇴/검정고시 등		
전화번호					
주소					

### ○ 보호자 정보

성명		생년월일		관계	
전화번호					
주소					

### ○ 심리상담 서비스 지원 (해당란에 “V” 표시)

- ※ 상처제거 지원사업 신청 시, 심리상담 연계는 필수 사항입니다.  
- 상처제거 시술 및 수술은 치료 과정에서 고통이 동반될 수 있으므로, 심리·상담이 병행되면 심리적으로 안정감을 얻어 치료 효과를 높일 수 있습니다.

상담 현황	<input type="checkbox"/> 현재 상담을 받고 있습니다. (기관(명): )
	<input type="checkbox"/> 상담 연계를 희망합니다.

다음과 같이 <2024년 위기청소년 상처제거 지원사업>에 신청합니다.

2024년      월      일

신청인: (서명 또는 인)

보호자: (서명 또는 인)

○ 제출서류

목 록	
공통	① 2024년 위기청소년 상처제거 지원사업 신청서 1부
	② 신청 사유 및 상처 사진 1부
	③ 개인정보 수집·이용 및 제공 동의서 1부
	④ 주민등록등본 또는 가족관계증명서 1부
개별	① 주거증명서류 1부 (부동산 등기부등본, 전·월세 계약서 등)
	② 소득증명서류 1부 (건강보험료 납부확인서 등)
	③ 저소득 증명서류 1부 (한부모가족 증명서, 수급자 증명서 등)
	④ 기타 소득 및 재산 증명 서류

작성방법 및 유의사항
<p>1) 본 사업과 유사한 사업으로 치료비를 지원받는 경우, 중복 신청으로 간주되어 치료비 환수가 이루어질 수 있습니다. (2024년 유사사업 지원만 해당)</p> <p>2) 신청인이 미성년자*일 경우 보호자의 서명이 필요합니다. (*: 만 19세 미만)</p> <p>3) 보호자가 신청하는 경우에도 신청인(해당 청소년)의 동의를 얻은 신청인의 서명이 필요합니다.</p> <p>4) 건강보험료 납부확인서 발급 시, ‘발급용도-납부확인용’, ‘발행신청년월-2023년 9월~2024년 12월’, ‘세부 보험-건강보험료’로 선택하면 명확한 근로소득 및 사업소득 확인에 도움이 됩니다.</p> <p>5) 주민등록등본 또는 가족관계증명서 등 각종 제출서류를 발급할 때, 주민등록번호 공개 여부를 '미공개'로 선택하면 개인정보 보호에 도움이 됩니다.</p> <p>6) 신청 사유에 대한 분량 제한은 없습니다.</p> <p>7) 메일 제출 시, 메일 제목은 '[2024년 위기청소년 상처제거 지원사업 신청서]_000'로 작성 후 제출 바랍니다.</p>

[공통2]

## 신청 사유 및 상처사진

성명		생년월일	
연락처		상처유형	<input type="checkbox"/> 자해흔 <input type="checkbox"/> 폭력 상처 <input type="checkbox"/> 문신

1. 신청 사유

2. 상처의 발생원인 및 상황

3. 치료동기 [일상생활 및 진료 등 상처로 인한 어려움]

4. 치료받은 후 예상되는 변화 및 향후 계획

5. 사진 첨부

[공통3]

## 개인정보 수집·이용 및 제공 동의서

경기도청소년상담복지센터는 「개인정보 보호법(개정 2020. 2. 4. 법률 제16930호)」에 따라 개인정보를 수집·이용 및 제공하고자 합니다. 아래의 내용을 자세히 확인하신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

### ○ 개인정보 수집·이용 내역

수집 항목	수집 목적	보유기간
이름, 생년월일, 주소, 연락처, 학교명, 학년정보, 학업정보, 보호자 정보(이름, 관계, 연락처), 현재상태(소속기관)	• 상처제거 지원사업 신청인 확인 및 구별 • 청소년상담복지센터의 운영 프로그램 및 병원 치료 연계 • 청소년안전망시스템 및 지원 서비스 이용	5년

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 동의를 거부할 경우 본 센터에서 제공하는 서비스를 제공받을 수 없습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?  동의  미동의

### ○ 민감정보 처리 내역

수집 항목	수집 목적	보유기간
상담기록, 신청 사유, 상처 사진	• 의료·심층상담 및 기타 지원서비스 제공	5년

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 동의를 거부할 경우 본 센터에서 제공하는 서비스를 제공받을 수 없습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?  동의  미동의

### ○ 개인정보 제 3자 제공 내역

제공받는 기관	제공 목적	제공 항목	보유기간 (제공받는 기관)
필수연계기관 (지자체, 병원 및 시·군 청소년상담복지센터, 학교밖청소년지원센터 등), 한국청소년상담복지개발원, 여성가족부, 보건복지부	• 위기청소년 상담 의뢰 • 대상자 지원 및 사례관리	이름, 생년월일, 연락처, 보호자 연락처, 도움받고 싶은 내용, 상처사진 등	제공받는 기관의 목적 달성 시까지

※ 위의 개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 동의를 거부할 경우 본 센터에서 제공하는 연계 서비스 등 일부 서비스를 제공받을 수 없습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 제 3자에게 제공하는 데 동의하십니까?  동의  미동의

상기 내용에 대한 설명을 충분히 숙지하였으며, 개인정보 제공에 동의합니다.

(만 14세 미만의 경우, 법정대리인의 동의 없이 신청이 불가합니다.)

2024년      월      일

본      인      성명:      (서명 또는 인)

법정대리인      성명:      (서명 또는 인)

경기도청소년상담복지센터 귀하