

[서식 6]

장애인일자리사업 참여신청서(예시)

		접수번호			
신청분야		<input type="checkbox"/> 일반형 일자리			
		<input type="checkbox"/> 복지일자리 <input type="checkbox"/> 참여형 <input type="checkbox"/> 특수교육-복지 연계형			
		<input type="checkbox"/> 특화형 일자리 <input type="checkbox"/> 시각장애인안마사파견사업 <input type="checkbox"/> 발달장애인 요양보호사 보조일자리			
사진		성명	연락처 [집] [핸드폰] [이메일]		
				주민등록번호 (만 세) 성별 <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	
				주소	
소득수준		<input type="checkbox"/> 기초생활수급자 <input type="checkbox"/> 차상위계층 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음			
등록장애인 유형 및 등급		(급)	이동수단 <input type="checkbox"/> 도보 <input type="checkbox"/> 대중교통 <input type="checkbox"/> 자가용 <input type="checkbox"/> 기타		
특수교육대상자		<input type="checkbox"/> 특수교육대상자 *특수교육 연계형 일자리 참여자에 해당			
주요이력사항					
최종학력		<input type="checkbox"/> 무학 <input type="checkbox"/> 초졸 <input type="checkbox"/> 중졸 <input type="checkbox"/> 고졸 <input type="checkbox"/> 전문대졸 <input type="checkbox"/> 대졸이상			
주요경력사항		(~)			
		(~)			
직업훈련		기관명			
		훈련기간		~	
		훈련직종			
자격면허		1) 2)	전산 능력	<input type="checkbox"/> 문서작성 <input type="checkbox"/> 표계산 <input type="checkbox"/> 인터넷 <input type="checkbox"/> 기타()	
일자리사업 참여 경험		<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 (정부부처 : 기간 : 일자리내용)			
희망 장애인일자리사업 직무		(① 관련자격증- 있음□ 없음□ / 관련근무경험- 있음□ 없음□)			
		(② 관련자격증- 있음□ 없음□ / 관련근무경험- 있음□ 없음□)			
위와 같이 장애인일자리사업에 참여하고자 신청합니다. 기재사항은 사실과 다를 없으며, 상기 개인정보 중 일부는 장애인일자리 사업관리를 위한 전산시스템에 등록됨에 동의합니다.					
년 월 일					
신청인 성명				(서명 또는 인)	
(사업수행기관명)		귀하			

붙임 : 장애인복지카드 사본, 개인정보 조회·제공 및 활용에 관한 동의서(자필서명 필수) , 장애인등록증 사본, 건강보험자격득실확인서, 관련자격증 사본 (해당자), 각 1부.

* 특수교육 복지연계형 복지일자리 신청자는 장애인복지카드를 재학증명서로 대체 가능

[서식 7]

개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

00기관은 장애인일자리사업과 관련하여 귀하의 개인정보를 아래와 같이 수집·이용 및 제3자 제공을 하 고자 합니다. 다음의 사항에 대해 충분히 읽어보신 후, 동의 여부를 체크, 서명하여 주시기 바랍니다.

1. 고유식별번호 수집 및 이용 동의[필수]

주민등록번호 수집 및 이용관련 법령근거 : 장애인복지법시행령 제45조의2(민감정보 및 고유식별정도의 처리)

① 국가, 지방자치단체(해당 권한이 위임·위탁된 경우에는 그 권한을 위임·위탁받은 자를 포함한다) 또는 「국민연금법」 제24조에 따른 국민연금공단(제1호의 사무만 해당한다)은 다음 각 호의 사무를 수행하기 위하여 불가피한 경우 「개인정보 보호법」 제23조에 따른 건강에 관한 정보나 같은 법 시행령 제19조에 따른 주민등록번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호 또는 외국인등록번호가 포함된 자료를 처리할 수 있다.
<개정 2012.7.24., 2014.11.4.>

6. 제13조의2에 따른 장애인일자리사업에 관한 사무

[수집·이용하려는 개인정보의 항목]

주민등록번호

[개인정보의 수집·이용 목적]

- 본인식별절차에 이용
- 장애인일자리사업 참여적격 여부 확인
- 장애인일자리전산시스템 참여사항 입력 및 관리
- 장애인일자리사업 후 전이지원

[개인정보 이용 및 보유기관]

사업종료 후 3년간 보유

※ 귀하께서는 개인정보 제공 및 활용에 거부할 권리가 있습니다.

○ 거부에 따른 불이익 : 위 제공사항은 장애인일자리사업 참여에 반드시 필요한 사항으로 거부하실 경우 장애인일자리사업 신청이 불가능함을 알려드립니다.

동의함

동의하지 않음

2. 개인정보 수집 및 이용 동의[필수]

[수집·이용하려는 개인정보의 항목]

성명, 성별, 생년월일, 주소, 연락처, e-mail 주소, 학력, 경력, 자격면허, 은행계좌(통장사본), 장애인일자리사업 참여유형 및 기간, 근무상황부, 보수대장, 4대보험 가입번호, 참여조건합의서 등

[개인정보 수집·이용 목적]

- 장애인일자리사업 참여자 선발 및 관리, 지원 등 사업운영
- 장애인일자리 전산시스템 정보 입력 및 관리
- 장애인일자리사업 후 전이지원
- 조사연구 등에 필요한 통계자료 및 사업유지·확대를 위한 근거자료
- 장애인일자리사업 만족도조사를 위한 정보제공

[개인정보 보유기간]

사업종료 후 3년간 보유

※ 귀하께서는 개인정보 제공 및 활용에 거부할 권리가 있습니다.

○ 거부에 따른 불이익 : 위 제공사항은 장애인일자리사업 참여에 반드시 필요한 사항으로 거부하실 경우 장애인일자리사업 신청이 불가능함을 알려드립니다.

동의함

동의하지 않음

3. 민감정보 수집 및 이용 동의[필수]

[수집·이용하려는 개인정보의 항목]

장애인유형 및 등급(복지카드), 개인병력 등 건강정보

[민감정보 수집·이용 목적]

- 장애인일자리사업 참여적격 여부 결정

- 장애인일자리사업 후 전이지원

[개인정보 이용 및 보유기간]

사업종료 후 3년간 보유

※ 귀하께서는 개인정보 제공 및 활용에 거부할 권리가 있습니다.

○ 거부에 따른 불이익 : 위 제공사항은 장애인일자리사업 참여에 반드시 필요한 사항으로 거부하실 경우 장애인일자리사업 신청이 불가능함을 알려드립니다.

동의함 동의하지 않음

4. 개인정보의 제3자 제공 동의[필수]

[제공되는 개인정보 항목]

-기초생활보장법에 의한 수급여부 등 수집된 개인정보

-장애인유형·등급 등 민감정보

-정부(행정정보공동이용망), 지자체, 관할 세무서, 국민건강보험공단 등의 전산시스템 정보

[개인정보를 제공 받는 자]

사회보장 정보시스템(범정부), 일모아시스템(고용노동부), 지방자치단체 일자리 관리시스템, 중증장애인직업재활지원사업 전산시스템(한국장애인개발원), 보건복지부장관(한국장애인개발원장), 지방자치단체장(특별자치도지사, 시장, 군수, 구청장)

[개인정보를 제공 받는 자의 개인정보 이용목적]

-사업자등록여부, 직장건강보험 가입여부 등 참여 적격 여부 조회

-재정지원 일자리 중복참여 여부 조회

-성범죄 조회

-장애인일자리사업 참여자 관리지원(개인자격변동)

-일자리전이를 위해 직업재활서비스 기관에 취업지원 서비스 의뢰

[개인정보 보유기간]

사업종료 후 3년간 보유

※ 귀하께서는 개인정보 제공 및 활용에 거부할 권리가 있습니다.

○ 거부에 따른 불이익 : 위 제공사항은 장애인일자리사업 참여에 반드시 필요한 사항으로 거부하실 경우 장애인일자리사업 신청이 불가능함을 알려드립니다.

동의함 동의하지 않음

본인은 본 “개인정보의 수집·이용 및 제3자 제공 동의서” 내용을 읽고 명확히 이해하였으며, 이에 동의합니다.

2015년 월 일

성명 : (인)

[서식 8]

상 담 의 견 서(예시)

		사업 유형		<input type="checkbox"/> 일반형 일자리			
				<input type="checkbox"/> 복지 일자리		<input type="checkbox"/> 참여형	<input type="checkbox"/> 특수교육·복지연계형
				<input type="checkbox"/> 특화형 일자리		<input type="checkbox"/> 시각장애인 안마사파견	<input type="checkbox"/> 발달장애인 요양보호사
성명		연령	만 세	연락처	[집] [핸드폰]		
장애관련사항	장애 유형 (중복선택 가능)	<p>* 등록장애인 유형을 포함한 신청자의 모든 장애 유형 체크</p> <p><input type="checkbox"/> 지체장애 : <input type="checkbox"/> 절단(상지, 하지) <input type="checkbox"/> 관절(상지, 하지) <input type="checkbox"/> 기능(팔, 다리, 척추) <input type="checkbox"/> 변형(하지 단축, 척추 측만증, 척추 후만증, 왜소증)</p> <p><input type="checkbox"/> 뇌병변장애 : <input type="checkbox"/> 뇌성마비 <input type="checkbox"/> 외상성 뇌손상 <input type="checkbox"/> 뇌졸증</p> <p><input type="checkbox"/> 시각장애 : <input type="checkbox"/> 전맹 <input type="checkbox"/> 저시력 <input type="checkbox"/> 기타()</p> <p><input type="checkbox"/> 청각장애 : <input type="checkbox"/> 농 <input type="checkbox"/> 난청 *수화통역 필요여부 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</p> <p><input type="checkbox"/> 언어장애 : <input type="checkbox"/> 음성언어 <input type="checkbox"/> 발음장애 <input type="checkbox"/> 말더듬증 <input type="checkbox"/> 실어증</p> <p><input type="checkbox"/> 신장장애 : <input type="checkbox"/> 만성신부전증 <input type="checkbox"/> 신장이식</p> <p><input type="checkbox"/> 간질장애 : <input type="checkbox"/> 월 8회 이상 중증 발작(2급) <input type="checkbox"/> 월 5회 이상 중증 발작/월 10회 이상 경증 발작(3급) <input type="checkbox"/> 월 1회 이상 중증 발작/월 2회 이상 경증 발작(4급)</p> <p><input type="checkbox"/> 정신장애 : <input type="checkbox"/> 반복성 우울장애 <input type="checkbox"/> 양극성 정동장애(조울병) <input type="checkbox"/> 정신분열</p> <p><input type="checkbox"/> 분열형 정동장애</p> <p><input type="checkbox"/> 지적장애 <input type="checkbox"/> 자폐성 장애 <input type="checkbox"/> 간장애 <input type="checkbox"/> 장루 · 요루 장애 <input type="checkbox"/> 안면 장애</p> <p><input type="checkbox"/> 호흡기 장애 <input type="checkbox"/> 심장 장애</p>					
		장애 등급	<input type="checkbox"/> 1급 <input type="checkbox"/> 2급 <input type="checkbox"/> 3급 <input type="checkbox"/> 4급 <input type="checkbox"/> 5급 <input type="checkbox"/> 6급				
			지속치료 및 약복용 유무	<p>* 간질, 투석 등 지속적인 치료 및 약복용의 유무 확인</p> <p><input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</p> <p><input type="checkbox"/> 유 : ()</p>			
		기타 장애로 인한 필요 지원 사항		<p>* 근무시 장애로 인한 시간적·물리적 지원 내용(필요시 기재)</p>			
				보장구 유무	<p>* 목발, 휠체어, 보청기 등</p> <p><input type="checkbox"/> 유 : ()</p> <p><input type="checkbox"/> 무</p>		
상담 내용 및 종합 의견							
년 월 일							
상담자 성명			(서명 또는 인)				

[서식 9-1]

일반형 일자리 참여자 선발 기준표(예시)

※ 선발 기준표는 사업 여건에 따라 우선 선발 기준(최소배점35%)을 고려하고, 사업수행에 필요한 직무수행능력(엑셀활용 등)을 추가 또는 변경하고 배점을 조정하여 사용 가능

no-		참여신청자			
우선 선발 기준	선 발 기 준	세 부 항 목	배 점	득점	비 고
		합 계	100		
사업참여경력	장애인	장애인일자리사업에 처음 참여하는 1~3급 장애인	15	15%	
		장애인일자리사업에 처음 참여하는 4~6급 장애인	10		
		장애인일자리사업 참여일수가 '14년에 180일 이하이고 '13년도 180일 이하인자	7		
		장애인일자리사업 참여일수가 '14년에 180일 이하이고 '13년도 180일을 초과한자	5		
		장애인일자리사업 참여일수가 '14년에 180일 초과이고 '13년도 180일 이하인자			
	장애정도	1~3급 장애인(중증장애인)	10	10%	
		4~6급 장애인(경증장애인)	5		
	소득수준	기초생활 수급권자	10	10%	
		차상위 계층	5		
		해당사항 없음	3		
기본 직무 및 사회 활동 능력	여성장애인	여성장애인	10	10%	
		해당사항 없음	5		
기본 직무 및 사회 활동 능력	면접 또는 간단한 과제수행 등을 통해 파악 *각 세부항목별 최저점은 1점	참여 동기 및 의지	1~5	55%	
		자신의 인적사항 소개	1~5		
		질문에 대한 적절한 답변 정도	1~5		
		긍정적이고 적극적인 성격	1~5		
		기본체력 및 건강상태	1~5		
		대인서비스업무 적합 정도	1~10		
		문서복사 및 전달 가능 정도	1~10		
		워드프로세서를 이용한 문서작성 가능 정도	1~10		
자격 사항 (가점)	자격증 소지여부 (업무에 필요한 자격사항을 평가) (컴퓨터 관련 자격증, 사회복지사, 직업재활사...)	※ 아래 자격증 소지에 따른 가점 제공 - 2가지 이상소지 시 10점 - 1가지 소지시 5점			가점

면접자 종합의견을 통한 배치 적합성 판정	(종합의견)	
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
	<input type="checkbox"/> 참여 <input type="checkbox"/> 대기	
	면접일자 : 년 월 일	

소속		직위(직책)		면접자	(인)
----	--	--------	--	-----	-----

[서식 10-1]

일반형 일자리 참여조건 합의서

대표 _____ 와 참여자 _____ 간에 다음과 같이 사업 참여 계약을 체결하고 이를 성실히 지킬 것을 서로 약정하며 당사자가 각각 1통씩 보관한다.

1. 계약일자 : 년 월 일

2. 계약기간 : 년 월 일 부터 년 월 일 까지

※ 단, 사업 참여 중 장애등급 외 판정을 받은 자는 판정결과를 사용자에게 반드시 통보하여야 하며, 참여조건 「18세 이상 등록장애인」에 따라 판정을 받은 해당 월말에 참여 계약은 종료된다. (유사관련 법규 국민연금법 제 64조 3항)

※ 무단결근·지시불이행·민원야기·기타 업무태만 등으로 의해 참여 제한 조치를 받을 수 있음

3. 근로시간 : 1일 8시간, 09:00~18:00 (휴게시간 12:00~13:00)

4. 근무장소 :

5. 주요담당업무 :

※ 단, 기관 여건상 담당업무가 변경될 수 있음

6. 근로일 및 휴일

○ 근로일 : 주 5일 (매주 월요일~금요일)

○ 휴일 및 휴무일 : 일요일, 공휴일 및 기타 **지방자치단체장이** 정한 휴일(단, 토요일은 휴무)

7. 휴가

○ 유급휴가 제공 ※ 「2015년 장애인일자리사업 안내」 휴가지급 규정에 따름

○ 조퇴 및 지각의 경우 누계 8시간을 1일 휴가로 처리하며, 해당 월을 경과하더라도 소멸되지 않고 누적처리 (단, 휴가 잔여분이 없을 경우 결근 처리)

8. 임금

○ 보수는 월 : 1,166,220원(4대 사회보험 개인 부담분 포함)

○ 보수는 매월 ()일에 본인이 지정한 아래 예금계좌로 입금함

- 예금주명 : 계좌번호 : (금융기관명)

○ 유급휴가, 병가, 공가, 특별휴가 등을 제외한 결근 시 기본 급여액은 근로일수에 1일 지원액 단가를 기준으로 일할 계산하여 지급

9. 취업 전이 서비스 제공에 동의를 할 경우 다음의 서비스 지원을 받을 수 있음

취업 전이 서비스 제공 동의함 / 취업 전이 서비스 제공에 동의하지 않음

- 장애인일자리사업 종료 이전에 인근 직업재활서비스 기관에 대한 정보 안내를 받을 수 있음
- 장애인일자리사업 참여자를 대상으로 하는 면접 지원 시 관련 안내를 받을 수 있음

10. 기타의 근무조건은 다음과 같다.(필요시 작성)

①. (기타 일자리사업 안내 하에 정해진 사항 등을 명시)

계약체결일 년 월 일

사용자 사업장명 :

 대표자 : (인)

 소재지 :

참여자 성명 :

(인)

 주민등록번호 :

 주소 :

※ 위 참여조건 합의서를 교부 받았음을 확인함. 참여자 성명 : (인)

[서식 11]

보안 서약서(예시)

본인은 ____년 ____월 ____일부로 장애인일자리사업을 수행함에 있어 다음사항을 준수할 것을 염숙히
서약합니다.

1. 본인은 개인정보 조회, 제공 및 활용과 관련된 규칙을 성실히 이행하겠습니다.
2. 본인은 사업과 관련하여 개인 정보 등 보안 비밀을, 재직 중은 물론 퇴직 후에도 허가 없이 사용하거나 제 3자에게 무단 누설 및 사적으로 정보를 보유하지 않겠습니다.
3. 본인은 업무와 관련된 문서의 생성, 사용, 폐기 시 사업장의 문서관리 규칙을 준수하겠습니다.
4. 업무 수행 중 특별한 문제점이 발생될 시에는 즉시 담당자에게 보고하고 업무지시를 받겠습니다.

이상과 같이 성실한 자세로 근무에 임할 것이며 본인은 이 기밀을 누설하거나 관계 규정을
위반한 때에는 법령 및 계약에 따라 어떠한 처벌 및 불이익도 감수하겠습니다.

년 월 일

주민등록번호 :

서약자 : (서명)

0000 수행기관장 귀하

[서식 12]

()월 근무상황부(예시)

성명 :

구분 \ 일자	1	2	3	4	5	6	7	8	9
근무시간									
출근자									
확인자									
구분 \ 일자	10	11	12	13	14	15	16	17	18
근무시간									
출근자									
확인자									
구분 \ 일자	19	20	21	22	23	24	25	26	27
근무시간									
출근자									
확인자									
구분 \ 일자	28	29	30	31					
근무시간									
출근자									
확인자									

※ 사업수행기관의 특성에 맞게 실시하되 출퇴근 확인이 가능하여야 함 (예. 타임카드 사용 등)

※ 복지일자리의 경우 근무시간을 기입하도록 함,

[서식 13]

장애인일자리사업 ()월 업무일지(예시)

- 사업명 :
 - 활동분야 :
 - 근무일자 : 년 월 일 ~ 년 월 일
 - 성 명 :

위의 내용이 사실임을 확인합니다.

四
卷
四

참여자

(인)/담당자

(인)