

[서식 6]

장애인일자리사업 참여신청서(예시)

		접수번호	
신청분야	<input type="checkbox"/> 일반형일자리		
	<input type="checkbox"/> 복지일자리	<input type="checkbox"/> 참여형	<input type="checkbox"/> 특수교육-복지 연계형
	<input type="checkbox"/> 특화형일자리	<input type="checkbox"/> 시각장애인안마사파견사업	<input type="checkbox"/> 발달장애인 요양보호사 보조일자리
사 진	성 명	연락처	[집]
			[핸드폰]
			[이메일]
	주민등록번호	(만 세)	성별 <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
주 소			
소득수준	<input type="checkbox"/> 기초생활수급자 <input type="checkbox"/> 차상위계층 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음		
등록장애 유형 및 등급	(급)	이동수단	<input type="checkbox"/> 도보 <input type="checkbox"/> 대중교통 <input type="checkbox"/> 자가용
특수교육대상자	<input type="checkbox"/> 특수교육대상자 *특수교육 연계형 일자리 참여자에 해당		<input type="checkbox"/> 기타
주 요 이 력 사 항			
최 종 학 력	<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	(~)		
	(~)		
직업 훈련	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 참 여 경 험	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 (정부부처: 기간: 일자리내용)		
희망 장애인일자리사업 직무	①	(관련자격증- 있음 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> / 관련근무경험- 있음 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/>	
	②	(관련자격증- 있음 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> / 관련근무경험- 있음 <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/>	
위와 같이 장애인일자리사업에 참여하고자 신청합니다. 기재사항은 사실과 다름 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(지필서명 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 하고자 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 고유식별정보의 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 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

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

[서식 9-1]

일반형일자리 참여자 선발 기준표(예시)

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

선 발 기 준		세 부 항 목	배 점	득 점	비 고
합 계			100		
우선 선발 기준	사업참여경력	장애인일자리사업에 처음 참여하는 1~3급 장애인	15		15%
		장애일자리사업에 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		
여성장애인	여성장애인	10		10%	
	해당사항 없음	5			
기본 직무 및 사회 활동 능력	면접 또는 간단한 과제수행 등을 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)	※ 아래 자격증 소지에 따른 가점 제공 - 2가지 이상소지 시 10점 - 1가지 소지시 5점 (컴퓨터 관련 자격증, 사회복지사, 직업재활사...)			가점

면접자 종합의견을 통한 배치 적합성 판정	(종합의견) _____ _____ _____ <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 참여 <input type="checkbox"/> 대기 </div>
------------------------	--

면접일자 : 년 월 일

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

[서식 10-1]

일반형일자리 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	사 업 장 명 :	
	대 표 자 :	(인)
	소 재 지 :	
참여자	성 명 :	(인)
	주민등록번호 :	
	주 소 :	

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

보안 서약서(예시)

본인은 ____년 __월 __일부로 장애인일자리사업을 수행함에 있어 다음사항을 준수할 것을 엄숙히 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 발생할 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)

성 명 :

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

일자	업무내용
월 일	
월 일	
월 일	
월 일	
월 일	
월 일	
월 일	
월 일	
월 일	
월 일	
월 일	
월 일	
월 일	
월 일	
월 일	
월 일	
월 일	
월 일	
월 일	
월 일	
월 일	

위의 내용이 사실임을 확인합니다.

년 월 일
 참여자 (인)/담당자 (인)