

[서식1]

<영유아 발달검사 지원 사업>을 위한 개인정보 수집·이용 및 제 3자 제공 동의서

※ 해당 서류는 보호자(부모)가 작성하여야 하며, 반드시 서명을 해 주시기 바랍니다.

시흥시육아종합지원센터에서 실시하는 영유아 발달검사 지원사업을 위하여 아래와 같이 개인정보를 수집·이용 및 제공하고자 하오니 내용을 자세히 읽으신 후 동의여부를 결정하여 주십시오.

☐ (필수사항) 개인정보 수집·이용 내역

항목	수집·이용 목적	보유·이용기간
영유아 (성명, 출생년월, 주소, 소속어린이집, 성별) 법정대리인 (성명, 주소, 핸드폰번호, 이메일, 영유아와의 관계)	사업신청 및 문자발송	<u>3년</u>

※위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 해당 사업 진행에 제한 받을수 있습니다.

 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? (☐예 / ☐아니오)

☐ (필수사항) 민감정보 수집·이용 내역

항목	수집·이용 목적	보유·이용기간
행동특성 및 요인, 발달수준, 선별평가, 검사결과, 영유아 신체 발달사항, 병명	사업진행	<u>3년</u>

※위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 해당 사업 진행이 불가합니다.

 위와 같이 민감정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? (☐예 / ☐아니오)

☐ 개인정보 제3자 제공 내역

제공 받는자	제공항목	제공목적	보유·이용기간
<u>재원 어린이집 및 전문가,</u> <u>2024년도 협약기관</u>	성명, 생년월일, 선별평가 검사결과	<u>기관연계 및 자문</u>	<u>3년</u>

※위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 해당 사업 진행이 불가합니다.

 위와 같이 개인정보를 제 3자에게 제공하는데 동의하십니까? (☐예 / ☐아니오)

2024년 월 일

대상자이름 : (인)

법정대리인(보호자) : (인)

시흥시육아종합지원센터장 귀하

지 원 의 령 서

※작성 시, 파란색 글씨를 지우고 작성해주시기 바랍니다.

보호자 성명		대상자와의 관계	(부/ 모/ 조부모/ 기타:)
보호자 연락처		메일주소	
주소			
영유아 성명		영유아 출생년월	0000년 / 00월
어린이집명	*개인가정일 경우, 해당없음으로 기재	영유아 성별	(남, 여)
다음 문항을 읽은 후 표시해주시기 바랍니다.			v 표시
① 검사진행을 원하는 장소는?			기관(어린이집) <input type="checkbox"/> / 센터내방 <input type="checkbox"/>
② 검사장소를 기관(어린이집)으로 신청할 경우, 사전에 어린이집의 동의를 받아야 합니다.			숙지했습니다 <input type="checkbox"/>
② 검사일정 조율은 해당 월 둘째주에 개별 연락을 통해 진행됨을 확인하였습니다. (기관 방문 시, 기관과 일정조율 / 센터내방 시, 보호자와 일정조율)			예 <input type="checkbox"/> / 아니오 <input type="checkbox"/>
발달수준			
적응행동	옷입고 벗기, 식사하기, 대소변가리기, 씻기, 몸단장하기 등 지원이 필요한 내용을 작성		
운동성	사물 조작하여 잡기, 쥐기, 놓기, 서기, 걷기, 뛰기, 균형감, 안정감, 계단 사용 등 지원이 필요한 내용을 작성		
의사소통·인지	언어이해력, 언어표현력 등 의사소통을 할 때 필요한 기능적인 언어능력 나이에 적절한 계획, 의사결정, 식별, 생각하기 등의 다양한 능력 등 지원이 필요한 내용을 작성		
사회성·정서	또래와의 관계형성, 규칙지키기, 활동 참여 정도 등 지원이 필요한 내용을 작성		
행동특성	영유아의 행동특성(예, 부적응 행동 등)을 중심으로 작성		
주요상담 요청사항			
이 서식은 선별검사 및 지원을 받고자 하는 대상자의 보호자가 직접 작성합니다.			
2024 년 월 일			
보호자			(인)
시흥시육아종합지원센터장 귀하			