

• 이 웃 을 내 몸 과 같 이 •



실로암시각장애인복지관

Siloam Center for the Blind

수신자 수신처 참조

(경유)

참 조

제 목 2017년 하반기 효명장학사업을 위한 시각장애인 장학생 모집 협조의 건

1. 귀 기관의 무궁한 발전을 기원합니다.

2. 실로암시각장애인복지관에서는 2010년부터 2017년도 현재까지 229명의 시각장애 학생들에게 8억여만원의 효명장학금을 수여하여 시각장애인이 차세대 리더로서 성장하도록 지원하고 있습니다.

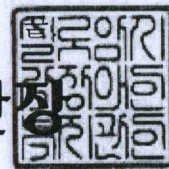
3. 이에 2017년 하반기 효명장학사업 장학생을 아래와 같이 모집하오니 귀 기관의 각별한 관심과 적극적인 추천을 부탁드립니다.

- 아 래 -

- 사 업 명 : 2017년도 하반기 효명장학사업
- 접수기간 : 2017년 7월 24일(월) ~ 8월 7일(월, 18:00이전 도착분에 한 함)
- 선발대상
 - 1) 주민등록상 서울시 거주자로 4년제 정규대학 또는 로스쿨에 재학 중인 시각장애인
 - 2) 서울시 소재 4년제 정규대학(15학점 이상 이수자) 또는 로스쿨(9학점 이상 이수자)에 재학 중인 시각장애인
 - 3) 석, 박사과정으로 해외 유학중인 시각장애인(9학점 이상 이수자)
 - 4) 예체능, 이공계 전공자로서 전국 소재 4년제 정규대학에 재학 중인 시각장애인
- ※ 타 장학금과 중복지원 가능(시각장애인의 학비 외 발생하는 추가비용에 대한 지원임)
- 문 의 : 고용지원센터 이명호 사회복지사 02)880-0854

- ▣ 불 입 : 1. 2017년 하반기 시각장애대학생을 위한 [효명장학사업] 안내문 1부
2. 2017년 하반기 효명장학금 신청서 · 자기소개서 1부.

실로암시각장애인복지관



수 신 처 : 대학교 및 장애학생지원센터, 법학전문대학원, 장애인복지관, 맹학교 등

◎★담당 이명호 팀장 신혜경 부장 노형지 관장 김미경

시 행 실로암 고용 17-1157 (2017.07.13)

협 조

주 소 (08757) 서울시 관악구 남부순환로 1717 / www.silwel.or.kr

전 화 대표:(02)880-0854 전송:(02)887-1120 /silwel@chol.com /공개

2017년 하반기 시각장애대학생을 위한 [효명장학사업] 안내

실로암시각장애인복지관에서는 시각장애인 차세대 리더 양성을 위해 시각장애 대학생을 대상으로 2017년 하반기 [효명장학사업]을 아래와 같이 실시합니다. 시각장애 대학생 여러분들의 많은 참여 바랍니다.

- 아 래 -

1. 선발대상

- 1) 주민등록상 서울시 거주자로 4년제 정규대학 또는 로스쿨에 재학 중인 시각장애인
- 2) 서울시 소재 4년제 정규대학(15학점 이상 이수자, 단 졸업학기 신청자에 한해서 12학점 이상 이수자도 가능) 또는 로스쿨(9학점 이상 이수자)에 재학 중인 시각장애인(계절학기 미포함)
- 3) 석, 박사과정으로 해외 유학중인 시각장애인(9학점 이상 이수자)
- 4) 예체능, 이공계 전공자로서 전국 소재 4년제 정규대학에 재학 중인 시각장애인(15학점 이상 이수자, 단 졸업학기 신청자에 한해서 12학점 이상 이수자도 가능)

2. 선발기준

- 1) 2017년 2학기 등록 예정자
 - 2) 성적이 우수하고 인성과 품성이 반듯한 시각장애 대학생
 - 3) 직전학기 대학교 성적이 있는 시각장애 대학생(1-1학기 입학예정자 지원 불가)
 - 4) 중증 시각장애 대학생(시각장애 1~3급)
- ※ 본 효명장학금은 시각장애 대학생들이 학업에 필요한 추가비용을 지원하는 것임으로 대학교에서 장학금을 지원받았더라도 중복수령이 가능함.

3. 각 분야별 지원내용

- 1) 해외 대학원 석, 박사과정 0명
- 2) 국내 로스쿨 재학생 0명
- 3) 국내 대학교 사회복지 분야 0명
- 4) 국내 대학교 교육관련 분야 0명
- 5) 국내 대학교 특별 분야(예체능, 이공계 등) 0명
- 6) 국내 대학교 기타분야 0명

4. 제출서류

- 1) 1차 서류(실로암시각장애인복지관 홈페이지에서 양식 다운이 가능합니다)
 - ① 2017년 하반기 효명장학금 신청서 1부
 - ② 자기소개서 1부
 - ③ 개인정보 수집·활용 동의서 1부
 - ④ 2017년 1학기 성적증명서 1부
 - ⑤ 주민등록등본 1부
 - ⑥ 장애인복지카드 사본 1부
- 2) 2차 서류 : 장학생으로 선발된 후 제출
 - ① 2017년 2학기 등록금납입영수증 1부
 - ② 개인 통장 사본 1부

5. 선정과정

1차 서류심사 - 2차 면접심사(서류심사 합격자) - 장학생 선정 - 결과발표 - 수여식

6. 접수기간 : 2017년 7월 24일(월) ~ 8월 7일(월, 18:00까지 도착분에 한 함)

7. 접수방법 : 우편 및 내방 접수

(우) 151-843 서울시 관악구 남부순환로 1717 실로암시각장애인복지관 5층 고용지원센터

※ 신청서 및 자기소개서는 별도파일로 silwork@daum.net으로 발송 필수

8. 결과발표 : 개별통지

9. 기타사항: 효명장학생으로 선발된 자는 효명장학생모임[효명리더스클럽]에 의무적으로 참여하여야 함.

10. 문 의 : 실로암시각장애인복지관 고용지원센터 이명호 사회복지사 Tel. 02)880-0854

2017년 하반기 효명장학금 신청서

1. 인적사항			
성명			
성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	생년월일	(만 세)
주민등록상 거주지	실 거주지		
연락처	(휴대폰)	(비상연락처)	(이메일)
특기/취미	종교		
장애등급/장애정도	시각장애 급 (<input type="checkbox"/> 전맹 <input type="checkbox"/> 저시력) ※ 중복장애: 장애 급	장애인정일	년 월 일
결혼여부	미혼 () / 기혼 ()	기초생활수급자여부	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무

2. 학력사항(2017년 2학기 기준 : 학년 / 학기)					
재학기간	학교 및 전공	소재지	졸업구분	직전학기 평점	직전학기 이수학점
년 월 ~ 년 월	고등학교		졸업, 수료 중퇴, 재학	/	/
년 월 ~ 년 월	대학교 (복수전공 및 부전공)	학부(과) 학부(과)	졸업, 수료 중퇴, 재학	/	
년 월 ~ 년 월	대학원	학부(과)	졸업, 수료 중퇴, 재학	/	

3. 가족사항						
관계	성명	생년월일	직업 및 근무처	장애 유무	장애유형 및 등급	동거여부
				Y / N	장애 급	Y / N
				Y / N	장애 급	Y / N
				Y / N	장애 급	Y / N
				Y / N	장애 급	Y / N
				Y / N	장애 급	Y / N

4. 자격면허 및 외국어 능력							
자격 면 허	자격면허명	발령처	취득일	외 국 어	TEST명	점수	취득일

5. 타장학금 관련사항			
장학금 종류	기간	지원금액	지원단체
	년 월 ~ 년 월		
	년 월 ~ 년 월		
	년 월 ~ 년 월		

자 기 소 개 서

1. 성장과정 및 대학생활

- ※ 시각장애 발생 전후 생활 및 장애극복 계기 등에 관하여 작성해주세요.
- ※ 시각장애와 관련하여 학습방법에 대한 내용도 포함하여 작성해주세요.
- ※ 대학생프로그램 및 동아리 참여, 교우관계 등에 관한 내용을 포함하여 작성해주세요.

2. 성격의 장단점

- ※ 본인의 성격의 장단점에 대해 기술해 주세요.

3. 효명장학금 활용 내용 및 계획/ 타 장학금 수혜 및 활용내용

- ※ 기존효명장학생의 경우 효명장학금 활용내용과 추후 학습계획, 대학시절 해보고 싶은 활동 등에 관하여 작성해 주세요.
- ※ 신규지원자의 경우 학습계획과 대학시절 해보고 싶은 활동 등을 포함한 효명장학금 활용계획을 작성해주세요.
- ※ 효명장학금 외에 학교 및 타 기관에서 장학금 받은 이력이 있다면 장학금 종류/ 기간/ 금액/ 지원단체 등 관련 내용을 포함하여 작성해주세요.

4. 효명장학생모임 참여 소감 및 추후 효명리더스클럽 활동계획

- ※ 효명리더스클럽이란, 효명장학생모임을 말하며 효명장학생으로 선정된 이후에는 효명리더스클럽 회원으로서 정기적인 모임에 참석하여 활동하여야 합니다.
- ※ 기존 장학생의 경우 2017년도 상반기 효명리더스클럽 참여소감을 포함한 추후 활동계획을, 신규지원자의 경우 2017년도 하반기 효명리더스클럽 활동계획 및 기대하는 바에 대하여 작성해주세요.

5. 졸업 후 진로

- ※ 취업 및 비전에 관하여 작성해 주세요.
- ※ 효명장학생으로서 시각장애인후배들을 위하여 공헌할 수 있는 방안 등에 대하여 작성해주세요.

서약서

효명장학생으로 선정된 이후에는 월 1회 진행되는 효명장학생모임[효명리더스클럽]에 반드시 참여할 것을 동의하여 2017년도 하반기 효명장학금을 신청합니다.

※ 제출서류

- ① 2017년도 하반기 효명장학금 신청서 1부
- ② 자기소개서 1부
- ③ 개인정보 수집·활용 동의서 1부
- ④ 2017년도 1학기 성적증명서 1부
- ⑤ 주민등록등본 1부
- ⑥ 장애인복지카드 사본 1부

2017 년 월 일
성 명 : (인)

실로암시각장애인복지관 귀 하

개인정보 수집.이용.제공에 대한 동의서

실로암시각장애인복지관(이하 '복지관')은 [개인정보보호법] 제15조에 의거하여 귀하의 개인정보를 수집.이용함에 있어 동의를 받고 있으며 수집된 정보는 포괄적·효율적 복지서비스 제공을 위해 실로암 시각장애인복지회 산하 복지시설간 정보이동이 이루어질 수 있습니다. 아래 내용을 충분히 숙지하신 후 본인 또는 보호자가 직접 동의란에 서명하시거나 서명에 어려움이 있으신 분께서는 동의 의사를 밝혀주시기 바랍니다.

■ 기본 개인정보 수집

- 필수정보 : 성명, 생년월일, 연락처(전화 또는 휴대전화), 주소
- 이용 목적 :
 - 성명, 생년월일, 연락처 : 복지관 업무와 복지정보 안내 등 서비스 이용 안내 및 상담 등
 - 이메일 주소 : 소식 및 고지사항 전달, 불만처리 등을 위한 원활한 의사소통 경로의 확보 등

이용자 구별을 위한 필수정보 수집에 동의하십니까?

☐동의함

☐동의하지 않음

■ 고유식별정보 수집

- 고유식별정보 : 복지카드 사본(주민등록번호)
- 이용 목적 : 지역사회재활시설의 이용자는 장애인복지법 제2조의 규정에 의한 장애인이어야 하며 이에 대한 증빙으로 [복지카드] 사본을 수집하여야 합니다.

고유식별정보 처리에 동의하십니까?

☐동의함

☐동의하지 않음

■ 개인정보 제공 동의 거부 권리 및 동의 거부 따른 불이익 내용 또는 제한사항

귀하는 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 일부 복지서비스는 그 특성에 따라 제한 될 수 있으며, 장애인 복지서비스 관련 안내를 받지 못할 수도 있습니다.

■ 개인정보 보유 및 이용기간

수집한 개인정보 파일의 보유기간은 본 복지관의 서비스 이용이 중단된 후 5년까지이며, 파기를 요청하실 경우 절차에 따라 즉시(5일 이내) 파기되어 집니다.

개인정보의 수집 및 이용목적에 동의하십니까?

☐ 동의함

☐ 동의하지 않음

* 만 14세 미만 아동 또는 법적 의사결정 능력이 없는 자의 경우 반드시 법적대리인의 동의가 필요함

[법정대리인 동의서] 본인은 법정대리인으로 서비스 이용 신청에 동의합니다.

법정대리인 성명	(인/서명)
법정대리인 연락처	
법정대리인과의 관계	

본인은 위의 내용을 충분히 숙지하였으며, 복지관의 보다 나은 서비스 제공과 정책수립을 위해 개인정보를 수집, 활용, 제공하는 것에 동의합니다.

확인자 년 월 일
(인 또는 서명)

☐ 14세 미만

보호자 또는 동의자

(인 또는 서명)

☐ 위임

보호자 또는 동의자

(인 또는 서명)

실로암시각장애인복지관 귀하

선택적 개인정보 수집·이용·제공에 대한 동의서

실로암시각장애인복지관은 보다 원활한 서비스 제공을 위하여 기본 정보 이외의 선택정보를 수집하고 있으며, 선택 정보는 서비스 제공 시 활용되는 정보로, 제공을 원하지 않을 경우 수집하지 않으며, 미동의로 인해 해당되는 서비스의 제한이 있을 뿐 이용 상의 불이익도 발생하지 않습니다.

■ 장애인복지서비스 제공을 목적으로 한 정보 수집

○ 선택 정보 : 개인이력, 질병관련 이력, 기타 장애인복지서비스 제공을 위한 계획 수립과 관련한 정보 등

☐ 동의하지 않음

○ 민감 정보 : 장애정보(진단명, 등급), 현건강 상태, 개인발달사(신체)

☐ 동의하지 않음

■ 사례관리 등 이용자관리 서비스 제공을 목적으로 한 정보 수집

○ 선택 정보 : 국기법대상, 가족사항, 소득수준, 가정환경, 사회관계망, 사회성 정도, 기타 사례관리 등 이용자관리 서비스 계획 수립과 관련한 정보 등

☐ 동의하지 않음

○ 민감 정보 : 장애정보(진단명, 등급), 현건강 상태, 개인발달사(신체)

☐ 동의하지 않음

■ 홍보, 마케팅, 자료요청 등 자원봉사자 관리 목적 외 이용시

☐ 동의하지 않음

* 만 14세 미만 아동 또는 법적 의사결정 능력이 없는 자의 경우 반드시 법적대리인의 동의가 필요함

[법정대리인 동의서] 본인은 법정대리인으로 서비스 이용 신청에 동의합니다.	
법정대리인 성명	(인/서명)
법정대리인 연락처	
법정대리인과의 관계	

본인은 위의 내용을 충분히 숙지하였으며, 복지관의 보다 나은 서비스 제공과 정책수립을 위해 개인 정보를 수집, 활용, 제공하는 것에 동의합니다.

확인자 년 월 일
(인 또는 서명)

(인 또는 서명)

실로암시각장애인복지관 귀하