

“행복한 여성장애인! 함께해요 경북!”



## 경상북도여성장애인복지관

수신자 수신자 참조

(경유)

제목 경북여성장애인복지관 맘(Mom)편히 오감놀이키트 제공사업 안내 및 협조

1. 사회복지 증진을 위해 힘쓰시는 귀 관의 무궁한 발전을 기원합니다.
2. 우리복지관에서는 현대오일뱅크 1%나눔재단의 후원으로 여성장애인의 양육부담 감소와 역량을 향상하기 위한 맘(Mom)편히 놀이키트사업을 지원하오니 많은 관심과 협조 부탁드립니다.

가. 신청기간 : 2016. 11. 14.(월) ~ 2016. 11. 25.(금)

나. 내용 및 신청방법 :

사업대상	경상북도 경산, 경주, 구미, 문경, 안동, 영덕, 영천, 울릉, 청도, 칠곡, 포항 거주 여성장애인 중 2016년 36개월 미만 유아녀 중증여성장애인(첨부파일 참조)
지원내용	여성장애인들의 영유아 자녀들을 위한 오감놀이 키트(책, 놀이감) 전달
신청방법	신청서(붙임) 작성 후 팩스 또는 전자메일로 전송
선정절차	신청서 접수 ▶ 방문 및 인터뷰 실시 ▶ 서류제출 ▶ 선정공고 ▶ 오감놀이키트 제공(붙임참조)
문의	공현경 팀장(054-290-9210~13)

다. 협조사항

- 1) 맘(Mom)편히 오감놀이키트 홈페이지 게시 및 홍보
- 2) 여성장애인 사업 안내 및 신청

- 붙임 1. 맘(Mom)편히 오감놀이키트 제공사업 안내문 1부  
 2. 맘(Mom)편히 오감놀이키트 제공사업 신청서 1부  
 3. 장애등급별 중증·경증 분류기준표 1부. 끝.

### 경상북도여성장애인복지관장



수신자 : 경상북도지사(장애인복지과장), 경산시장(사회복지과장), 경주시장(복지지원과장), 구미시장(사회복지과장), 문경시장(사회복지과장), 안동시청(노인장애인복지과장), 영덕군수(주민복지과장), 영천시장(사회복지과장), 울릉군수(주민복지실장), 청도군수(주민복지과장), 칠곡군수(주민생활지원과장), 포항시장(노인장애인복지과장), 경산시보건소장 외 10곳

전결 11/14

담당자 공현경 사무국장 진선하

협조

시행 가족행복팀-161105 ( 2016. 11. 08 ) 접수 ( )

우 (37882) 포항시 남구 오천읍 냉천로 252번길 5-10(원리 1456번지) / <http://www.gbwwcd.wix.com/gwwcd>

전화 054-290-9200 / 전송 054-291-5613 / [poza82@ghf.or.kr](mailto:poza82@ghf.or.kr) / 공개

신청기간 **16.11.14.(월)~25.(금)**

신청대상 36개월 이하의 자녀를 양육하는 중증여성장애인  
(중증,경증 분류표 첨부파일 참조)

신청지역 경북 경산, 경주, 구미, 문경, 안동, 영덕, 영천, 울릉,  
청도, 칠곡, 포항

결과발표 2016년 12월 16일(차후 일정변경 가능)

지원내용 오감놀이 키트(책, 장난감 외) 전달

신청방법

1. 신청서 작성(<http://gbwwcd.wixsite.com/gwwcd> 첨부파일을 다운로드 및 작성하여 팩스, 이메일로 발송)
2. 여성장애인 인터뷰(개별연락 후 가정방문 실시)
3. 서류제출(각종증빙서류 제출)
4. 선정(선정자 개별 연락)
5. 오감놀이 키트 지원(맞춤형 오감놀이 키트 전달)

선정기준

1. 여성장애인의 장애 등급(20%), 2. 자녀 수(20%)
3. 소득수준(20%), 4. 가족 중 장애인 수(10%)
5. 양육환경(30%)

문의사항 가족행복팀 공헌경팀장(054-290-9210~13)

‘경상북도 여성장애인들의  
양육지원을 위한’

# 맘(Mom)편히 오감놀이키트 제공사업

1%의 나눔으로 밝고 아름다운 세상을 만듭니다.

본 사업은 현대오일뱅크 1%나눔재단에서 후원하였습니다.



## 맘(Mom)편히 오감놀이키트 제공사업 신청서

※ 정확한 심사를 위해 모두 빠짐없이 기입 해 주시기 바랍니다.  
 ※ 체크항목의 경우  또는 ■로 표 해 주시기 바랍니다.

이 름		주민등록번호 앞6자리									-	2
연 락 처	(휴대폰)		(집 전화)									
주 소	※실재 거주하고 있는 주소를 정확히 기입 해 주세요.											
장애유형				장애등급								
가족사항	<input type="checkbox"/> 배우자	<input type="checkbox"/> 자녀 ( )명	<input type="checkbox"/> 기타( )									
자녀유형(개월)	<input type="checkbox"/> 비장애( 개월)	<input type="checkbox"/> 장애( 개월/장애유형	장애 급)									
월 소 득	약 만 원	주 수입원										
희망 놀잇감	<input type="checkbox"/> 책(초침책,사운드북 외) <input type="checkbox"/> CD(시청각자료) <input type="checkbox"/> 촉감장난감 <input type="checkbox"/> 기타( )											
신청내용												
※ 생활환경, 사진첨부 등 자유롭게 작성 ※ 부족 시 별지 사용												
개인정보수집 및 이용 동의	1. 수집하는 개인정보의 항목 : 상기 신청자가 작성한 내용에 한함 2. 개인정보의 수집 및 이용목적 : 본 사업의 대상자 심사 및 출산용품정보 안내 3. 개인정보의 보유 및 이용기간 : 본 사업의 진행기간에 한함  <input type="checkbox"/> 본인은 상기 내용을 모두 읽고 숙지하였으며, 개인정보수집 및 이용에 동의합니다.											

※ 상기 제출한 내용은 개인정보보호법에 의하여 안전하게 관리되며 목적이외에 사용되지 않습니다.  
 ※ 위내용이 사실과 다를 시 대상자선정 및 타 사업 신청에 제한될 수 있습니다.  
 ※ 신청 및 선정절차에 따라 가정방문(인터뷰)실시 및 추가제출서류가 발생할 수 있으며 (포스터 참고) 제출 시 개인정보제공에 대한 동의를 구할 수 있습니다.  
 ※ 우편접수 시 신청기한 내 도착분 까지 유효합니다.  
 ※ 신청서 발송 후 전화로 접수확인 하시기 바랍니다.

위 내용은 사실과 다름이 없으며, 맘(Mom)편히사업을 신청합니다.

2016      년                      월                      일

신청자 : \_\_\_\_\_ (인)

경상북도여성장애인복지관                      귀하

메일 poza82@ghf.or.kr                      팩스 054-291-5613  
 우편 [37882] 경상북도 포항시 남구 오천읍 냉천로 252번길 5-10                      전화 054-290-9200, 054-290-9210~13

## 장애등급별 중증·경증 분류기준표

□ 맘(Mom)편히 대상자 : 장애인복지법에 의거한 대상자 여성장애인 중 36개월 이하의 자녀를 양육 중인 자

구 분		1급	2급	3급	4급	5급	6급	7급	8급	9급
장애인 복지법	지체장애	●	●	● ○ 상지 하지	○	○	○	X		
	뇌병변장애	●	●	●	○	○	○			
	시각장애	●	●	●	○	○	○			
	청각장애	×	●	○	○	○	○			
	언어장애	×	×	○	○	×	×			
	지적장애	●	●	●	×	×	×			
	정신장애	●	●	●	×	×	×			
	자폐성장애	●	●	●	×	×	×			
	신장장애	×	●	×	×	○	×			
	심장장애	●	●	●	×	○	×			
	호흡기장애	●	●	●	×	×	×			
	간장애	●	●	○	×	○	×			
	안면장애	×	●	○	○	×	×			
	장루장애	×	●	○	○	○	×			
	뇌전증장애	×	●	○	○	×	×			

- 1) 음영 부분은 중증장애인임(지체장애 3급의 경우 상지 장애는 중증으로 분류)
- 2) 중복장애의 경우 1등급 상향조정될 수 있음