

서식1

표준 신청서 및 개인정보 수집·이용·제공 동의서

2024년 2단계(일반) 공공근로사업 참여 신청서

접수번호				(신청일자 : 2023. 11. .)
성명		주민등록번호 (외국인등록번호)	-	
주소				
이메일주소		수신동의여부	① 동의 ② 비동의	
핸드폰번호		수신동의여부	① 동의 ② 비동의	
타 일자리사업 참여제의를 위한 SMS 수신 동의 여부 * 일모아시스템의 다른 일자리사업에서 신청자 부족으로 참여자 선발이 어려운 경우 귀하의 연락처로 참여제의 문자 발송			① 동의 ② 비동의	
세대주 여부	① 해당 ② 해당없음	세대원수(세대주, 동거인제외)	명	
취업취약계층 여부	<input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 6개월 이상 장기실직자 <input type="checkbox"/> 결혼이민자 <input type="checkbox"/> 취업보호대상자 <input type="checkbox"/> 여성가장 <input type="checkbox"/> 코로나19로 실직·폐업 등을 경험한 자 <input type="checkbox"/> 성매매피해자 <input type="checkbox"/> 복한이탈주민 <input type="checkbox"/> 위기청소년 <input type="checkbox"/> 갱생보호대상자 <input type="checkbox"/> 노숙인 <input type="checkbox"/> 수형자로서 출소 후 6개월 미만자			
참여 희망사업	① 청년() (만18세이상 ~35세미만)	② 사무직() (만35세이상 ~55세이하/ 컴퓨터 사용 가능자)	③ 노무직() (만18세이상 ~70세미만)	④ 노무직() (만70세이상)
구직등록여부	① 등록 ② 미등록	사업참여 종료 후 구직지원 프로그램 참여 희망 여부	① 희망 ② 희망하지 않음	
현재 참여 중인 정부지원사업	사업명(), 시행기관명(), 참여기간(20 . . . ~ 20 . . .)			
공무원 가족여부	①해당없음 ②해당(사립학교직원, 군인 등 포함)	* 신청자의 배우자 또는 부모가 공무원일 경우 해당 (신청자의 자녀가 공무원일 경우 해당없음)		
비고				

- 본 신청서는 공공근로사업 참여자 선정을 위한 기초 자료로서 참여자의 본인, 배우자, 관계인의 재산 및 소득 심사 자료로 활용됩니다.
- 취업취약계층 여부 확인을 위하여 본인 및 세대원의 건강보험 부양자의 성명 및 주민등록번호를 수집할 수 있습니다.
- “개인정보보호법 제15조 및 제17조 내지 제18조 및 제24조”에 따라 “개인정보 수집·이용·조회·제공 동의서”를 작성하여 주시기 바랍니다.(뒷면)
※ 귀하는 개인정보제공에 대하여 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 불이익(공공근로사업 참여자 선정 제한 등)이 있을 수 있음을 알려드립니다.

2024년 2월 일 신청인 성명 : (날인/서명)

개인정보 수집·이용·제공 및 고유식별정보 처리에 관한 동의서

1. 개인정보의 수집·이용에 관한 사항

재정지원 일자리사업 참여 신청과 관련하여 「고용정책기본법」 제15조부터 제15조의5 및 동법 시행령 제43조의2에 근거하여 아래와 같이 귀하의 개인정보를 수집·이용하기 위하여 「개인정보보호법」 제15조에 따라 동의를 구합니다.

- 개인정보의 수집·이용 목적 : 재정지원 일자리사업 참여자 선정 심사, 구직등록 여부, 계약 체결, 증빙부처·지방자치단체의 일자리관련시스템 등 정보제공 및 정책자료 활용(사업 관련 각종 연구·설문조사 포함)
- 수집·이용할 개인정보 항목 및 보유·이용기간

구분	개인정보	보유·이용기간
필수항목	(본인) 성명, 주민등록번호, 주소, 성별, 연락가능한 전화번호	동의일로부터 5년
	(가구원) 성명, 주민등록번호	참여자 선정종료시
선택항목	(본인 및 가구원) 재산, (본인) 기초생활수급자여부, 차상위계층여부, 한부모가정여부 등 각 사업기관이 수집하는 개인정보를 추가하여 기재	참여자 선정종료시
취업취약계층항목	(본인) 북한이탈주민여부, 여성가장여부, 위기청소년가족여부, 결혼이민여성여부, 장기실업자여부, 장애인여부, 저소득층 가구 해당여부	동의일로부터 5년
	(본인 및 가구원) 건강보험료 부과액보유·이용기간	참여자 선정종료시

2. 개인정보의 제공에 관한 사항

재정지원 일자리사업 참여 신청 및 구직지원 서비스 제공과 관련하여 「고용정책기본법」 제15조부터 제15조의5 및 동법 시행령 제43조의2에 근거하여 아래와 같이 귀하의 개인정보를 제공하기 위하여 「개인정보보호법」 제17조 및 제18조에 따라 동의를 구합니다.

- 개인정보를 제공받는 자 : 행정안전부, 보건복지부, 고용노동부, 여성가족부, 국가보훈처, 지방자치단체, 한국고용정보원, 건강보험공단, 국세청
- 개인정보를 제공받는 자의 이용·제공 목적 : 건강보험부과금액, 가입자구분 및 증번호 등 건강보험정보 및 공적연금 가입 정보, 가구재산, 고용보험가입 및 실업급여수급정보, 구직활동정보, 주민등록 등 관련자료 확인을 통한 재정지원 일자리사업 참여자 선정 및 참여자 참여비 지급, 취업지원 등 구직지원 서비스 제공
- 제공할 개인정보 항목 : (본인) 성명, 주민등록번호, 참여기간, 월별 지급액, 계좌번호, 취업취약계층 유형정보 (가구원) 주민등록번호, 참여자 정보
- 제공받는 자의 개인정보의 보유·이용기간 : 제공일로부터 6개월(피제공기관의 법률에서 기간을 별도로 명시한 경우 해당 법률에 따름)

3. 고유식별정보의 처리에 관한 사항

재정지원 일자리사업 참여 신청과 관련하여 「고용정책기본법」 제15조부터 제15조의5 및 동법 시행령 제43조의2 근거하여 아래와 같이 귀하의 고유식별정보를 처리하기 위하여 「개인정보보호법」 제24조에 따라 동의를 구합니다.

- 고유식별정보의 수집·이용 목적 : 재정지원 일자리사업 신청자 본인 확인 및 자격증빙
- 수집·이용할 고유식별정보 항목 : (본인) 주민등록번호 또는 외국인등록번호(외국인일 경우) (가구원) 주민등록번호 또는 외국인등록번호(외국인일 경우)
- 고유식별정보의 보유·이용기간 : (본인) 동의일로부터 5년, (가구원) 참여자 선정 심사

* 귀하는 상기 1~3번 사항에 대하여 각각 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 이에 대한 동의를 하지 않을 경우에는 참여자가 직접 관계서류를 제출해야 하며, 부득이한 경우 불이익(참여자 선정 제한 등)이 있을 수 있음을 알려 드립니다.

(만 14세 미만인 경우에는 법정대리인이 동의)

* 신청자 및 가구원 고유식별정보를 포함한 개인정보 수집·이용·제공 동의/미동의 자필 서명란(주민등록등본구성원 건강보험 부양자 모두제)

성명	관계	1. 수집·이용	2. 제공	3. 고유식별정보처리	서명
	본인	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	
	세대원 (건강보험 부양자)	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	
	세대원 (건강보험 부양자)	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	
	세대원 (건강보험 부양자)	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	
	세대원 (건강보험 부양자)	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	
	세대원 (건강보험 부양자)	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	<input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의	

2024년 2월 일
청주시장 귀하

□ 필수 작성 사항

(뒤쪽)

※ 아래의 사항은 모두 적고, []에는 해당하는 곳에 √ 표시를 합니다.

인적사항	성명		주민등록번호	
	주소	(현 거주지)		
	전화번호		휴대전화	
	전자우편	알림수신 설정 [] 전자우편 [] 문자 서비스		

학력사항	최종학력		전공(부전공)		재학기간	~
		[]졸업(예정) []수료 []재학 []휴학 []중퇴 []검정고시 []무학				

희망취업조건	희망직종	직종명	희망입사형태 (경력기간)	희망 세부 직무내용
			[]신입 []경력 (년 개월)	
			[]신입 []경력 (년 개월)	
			[]신입 []경력 (년 개월)	
	근무지역	1순위 ()시·도 ()구·군 2순위 ()시·도 ()구·군 [] 지역무관		
희망임금	[] 연봉 [] 월급 [] 일급 [] 시급 ()원 이상 [] 면접 후 결정 가능			
고용형태 (복수선택 가능)	[] 기간의 정함이 없는 근로계약 [] 기간의 정함이 있는 근로계약		[] 시간(선택)제	
	[] 교대제 근무 [] 파견근로 [] 대체 인력* [] 관계 없음		[] 재택근무 희망	
	* 출산휴가, 휴직 및 근로시간 단축에 따른 대체 인력을 말합니다.			
	근무가능(희망)시간	(: ~ :), (: ~ :)		

□ 선택 작성 사항

※ 아래의 사항은 해당 사항이 있는 경우만 적고, []에는 해당하는 곳에 √ 표시를 합니다.

구직정보 추가 확인 사항	경력사항	근무처	직위	담당업무	근무기간	
					년 월 ~ 년 월	년 월 ~ 년 월
	보유자격 (면허)	(년 월 일 취득, 발급기관:)				
		(년 월 일 취득, 발급기관:)				
	교육훈련 이수현황	훈련 과정명	훈련기간	세부훈련내용	훈련기관명	
			년 월 ~ 년 월			
	전산 활용능력	[] 문서 작성 [] 스프레드시트 [] 프레젠테이션			운전 능력	[] 운전면허증
		[] 회계프로그램 [] 기타()				[] 차량 소지자
	외국어 능력	외국어명	수준	공인시험 명칭	응시일	등급·점수
			[]상 []중 []하		년 월 일	급(점)
병역대체 근무희망	[] 산업기능요원 [] 현역병 입영대상자		[] 전문연구요원	국외취업 희망여부		
	[] 보충역 대상자			[] 희망		
※ 그 밖의 희망사항(보조공학기기 및 근로지원인 지원, 통근버스 운영 및 직장보육시설 설치 등)						

서식3

공공근로사업 참여 신청서 접수 담당자용

※ 증빙서류 제출 시에만 가점적용

취업보호지원대상자		<input type="checkbox"/> 해당	<input type="checkbox"/> 해당없음
국민기초생활보장법상 생계급여 수급자		<input type="checkbox"/> 해당	<input type="checkbox"/> 해당없음
여성 가장	1. 혼인 유무(혼인관계증명서)	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무
	2. 남편의 근로능력 유무(가족관계증명서, 진단서 및 소견서)	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무
	3. 부양할 세대원 유무	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무
1세대 2인 이상 신청자 (일반, 청년으로는 2인 신청 가능)		<input type="checkbox"/> 해당	<input type="checkbox"/> 해당없음
6개월 이상 실직자 및 휴폐업자(구직등록증 제출)		<input type="checkbox"/> 해당	<input type="checkbox"/> 해당없음
공무원가족 (신청자의 배우자 또는 부모)		<input type="checkbox"/> 해당	<input type="checkbox"/> 해당없음
청년층 대상 사업 참여자(만 34세 이하)		<input type="checkbox"/> 해당	<input type="checkbox"/> 해당없음
결혼이주여성		<input type="checkbox"/> 해당	<input type="checkbox"/> 해당없음
북한이탈주민		<input type="checkbox"/> 해당	<input type="checkbox"/> 해당없음
장애인 및 그 가족 (복지카드소지 및 동일세대 여부)	장애등급: <u>정신, 지체, 시각, 청각, 지적</u> 급		
	※ 제출서류에 적힌 사항 전부 기재		
	장애인 본인 여부 (<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 가족)		
	신청자 본인 중증장애 여부 (<input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> 부)		
장애인 가족 신청 시, 주민등록상 동일세대원 여부 (<input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> 부)			
건강보험 부양자(납부자) 및 세대원 주민등록번호	신청서 기재내용 이상여부 (<input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> 부)		
지역공동체 참여여부 확인	<input type="checkbox"/> 2020년 <input type="checkbox"/> 2021년 <input type="checkbox"/> 2022년 <input type="checkbox"/> 2023년		
노인일자리 참여여부 확인	<input type="checkbox"/> 2022년 <input type="checkbox"/> 2023년		
기타일자리 참여여부 확인	<input type="checkbox"/> 2020년 <input type="checkbox"/> 2021년 <input type="checkbox"/> 2022년 <input type="checkbox"/> 2023년		
담당자 의견		담당자 확인 성명 (인)	

2024. 2. .

○○구청장·읍장·면장