

〈서식1-②〉 개인정보 수집·이용·제공 동의서(서비스 대상자용)

**개인정보 수집·이용·제공 동의서**

<b>신 청 인</b>	성명		주민등록번호	
	세대주와의 관계		전화번호	
	주소		휴대전화	
			전자우편	

치매어르신 재가돌봄서비스 제공 신청을 위하여 아래 사항을 자세히 읽은 후  
동의 여부를 결정하시기 바랍니다.

■ 개인정보 수집·이용 내역

수집항목	수집목적	보유 및 이용기간
<개인정보(필수)> - 신청인 정보(성명, 생년월일, 주소, 세대주와의 관계)	- 치매서비스 지원 대상자에 대한 적격 심사  - 서비스 의뢰 결과에 대하여 조회 및 확인	해당서비스 제공기간 및 서비스 종료일로부터 3년
<개인정보(선택)> - 신청인 연락처(전화번호, 휴대전화, 전자우편) - 수급권자 가족관계 정보		
<고유식별정보(필수)> - 주민등록번호 또는 외국인등록번호		
<민감정보(필수)> - 보건복지부 복지관련 정보시스템 등 국가·공공 정보통신망을 통한 수급자격 확인		

※ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의를 거부할 권리가 있습니다.

그러나 동의를 거부할 경우 치매어르신 재가돌봄서비스를 받으실 수 없습니다.

위와 같이 개인정보(필수)를 수집·이용하는데 동의하십니까(예  아니오 )

위와 같이 개인정보(선택)를 수집·이용하는데 동의하십니까(예  아니오 )

위와 같이 고유식별정보(필수)를 수집·이용하는데 동의하십니까(예  아니오 )

