

〈2026년 위기청소년 상처제거 지원사업〉 제출서류

< 사업 개요 >

- ◇ 사업명: 2026년 위기청소년 상처제거 지원사업
- ◇ 지원내용: 병원 치료비 200만원 이내
맞춤형 1:1 개인 심리상담

2026년 위기청소년 상처제거 지원사업 신청서

○ 대상자 정보					
성명		생년월일		성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
상처유형	<input type="checkbox"/> 자해혼 <input type="checkbox"/> 폭력 상처 <input type="checkbox"/> 문신		연락처		
주소					
환경정보 (학업 여부)	<input type="checkbox"/> 학교 재학 (초/중/고/대) <input type="checkbox"/> 학교 밖 청소년 <input type="checkbox"/> 학교 졸업				
	*최종학력:		*학교 중퇴 시기:		
가족 구성 확인	주민등록상 가구원 수	명	주민등록상 가구원과 실제로 생계를 함께하고 있는지?		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
				(‘아니오’ 선택 시) 실제 생계를 함께 하는 인원 수	명
경제상황	<input type="checkbox"/> 기초생활수급 <input type="checkbox"/> 차상위계층 <input type="checkbox"/> 한부모가정 <input type="checkbox"/> 해당 없음 (중위소득 100% 이하)				
	소득 활동	<input type="checkbox"/> 현재는 아니나, 최근 6개월 내 근로 이력 있음 <input type="checkbox"/> 현재 근로 중 <input type="checkbox"/> 해당없음			
○ 보호자 정보 (필수)					
※ 단, 보호자의 사망·수감·연락 단절 등으로 작성이 어려운 경우, 작성 전 연락 바랍니다.					
성명		생년월일		연락처	
관계		대상자와 거주지 일치 여부		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
경제상황	가구 내 건강보험 자격		<input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> 지역 <input type="checkbox"/> 피부양자 <input type="checkbox"/> 의료급여		
	가구원 전체 건강보험료 합산액 (최근 3개월 평균)				
○ 심리상담 서비스 지원 (해당란에 “√” 표시)					
※ 본 사업은 치료와 심리상담을 함께 지원하는 사업으로, 심리상담 참여에 동의한 경우 지원이 가능합니다.					
- 상처제거 치료 과정에서 통증이 있거나 몸과 마음이 다소 힘들게 느껴질 수 있어, 심리상담을 통해 정서적 안정을 돕고 치료가 편안하게 이어질 수 있도록 지원합니다.					
상담 현황	<input type="checkbox"/> 현재 상담을 받고 있습니다. (기관(명):)				
	<input type="checkbox"/> 상담 연계를 희망합니다.				
다음과 같이 <2026년 위기청소년 상처제거 지원사업>에 신청합니다. <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 1.2em;"> 2026년 월 일 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> 본인 성명: </div> <div style="text-align: right;"> (서명 또는 인) </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 보호자 성명: </div> <div style="text-align: right;"> (서명 또는 인) </div> </div>					

[공통]

개인정보 수집·이용 및 제공 동의서

경기도청소년상담복지센터는 「개인정보 보호법(개정 2020. 2. 4. 법률 제16930호)」에 따라 <위기청소년 상처제거 지원사업> 신청 대상자 및 보호자의 개인정보를 수집·이용 및 제공하고자 합니다. 아래의 내용을 자세히 확인하신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

○ 개인정보 수집·이용 내역

수집 항목	수집 목적	보유 및 이용기간
이름, 생년월일, 주소, 연락처, 학교명, 학년정보, 학업정보 보호자 정보(이름, 관계, 연락처), 현재상태(소속기관)	<ul style="list-style-type: none"> 상처제거 지원사업 대상자 선정 및 지원·관리 청소년상담복지센터의 운영 프로그램 및 병원 치료 연계 청소년안전망시스템 및 지원 서비스 이용 	5년
대상자 선정을 위한 제출서류 (주민등록등본, 소득증빙서류, 주거증빙서류 등 기타 제반서류)		

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 동의를 거부할 경우, 본 센터에서 제공하는 서비스를 제공받을 수 없습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? 동의 미동의

○ 민감정보 처리 내역

수집 항목	수집 목적	보유 및 이용기간
상담기록, 신청서류, 상처 사진	· 의료·심리상담 및 기타 지원서비스 제공	5년

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 동의를 거부할 경우, 본 센터에서 제공하는 서비스를 제공받을 수 없습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? 동의 미동의

○ 개인정보 제 3자 제공 내역

제공받는 기관	제공 목적	제공 항목	보유기간 (제공받는 기관)
필수연계기관 (지자체, 병원 및 시·군 청소년상담복지센터, 학교밖청소년지원센터 등), 한국청소년상담복지개발원, 여성가족부, 보건복지부 사회복지공동모금회(사랑의열매)	<ul style="list-style-type: none"> 위기청소년 상담 연계의뢰 대상자 지원 및 사례관리 사업진행 및 결과보고 	이름, 생년월일, 연락처, 보호자 연락처, 도움받고 싶은 내용, 상처사진 등	제공받는 기관의 목적 달성 시까지

※ 위의 개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 동의를 거부할 경우, 본 센터에서 제공하는 연계 서비스 등 일부 서비스를 제공받을 수 없습니다.

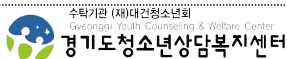
☞ 위와 같이 개인정보를 제 3자에게 제공하는 데 동의하십니까? 동의 미동의

상기 내용에 대한 설명을 충분히 숙지하였으며, 개인정보 제공에 동의합니다.

2026년 월 일

본 인 성명: (서명 또는 인)

보 호 자 성명: (서명 또는 인)



2026년 위기청소년 상처제거 지원사업 사업참여 서약서

※ 본 서약서는 사업참여 전 확인이 필요한 주요 안내 사항입니다. 내용을 충분히 읽고 이해한 후 서명해 주시기 바랍니다.

1. 본 센터의 사업과 유사한 사업에서 **중복지원**이 확인될 경우, 지원이 **중단**될 수 있음에 동의합니다.
2. 본 사업은 심사를 통해 선정 여부가 결정되며, **제출서류가 누락** 되거나 **확인이 어려운 경우** 발생하는 불이익은 신청자 본인에게 책임이 있음을 확인합니다.
3. **치료비**는 담당자와 **병원 동행 및 진료면담 이후 발생한 비용**부터 지원되며, 선정 이전에 개인적으로 결제한 비용은 지원 대상에 포함되지 않음을 확인합니다.
4. 선정 이후 특별한 사유가 없는 한 **1개월 이내 병원 동행**을 완료해야 하며, 지속적인 연락이 어려운 경우 지원이 취소될 수 있음에 동의합니다.
5. 치료 예약 후 **일정**은 담당자에게 공유해야 하며, **일정 변경**이 필요한 경우 **최소 3일 전** 이유를 알리고 협조해야 함에 동의합니다.
6. **사업참여 전·후 설문조사 및 치료 후 사진**은 사업 효과 확인을 위한 자료로 활용되며, 종료 후 **필수** 제출 사항을 확인합니다.
7. 상처 제거 과정에서 **화상, 색소침착, 물집 등의 일시적인 부작용**이 발생할 수 있으며, 의료진의 안내에 따라 치료를 진행하는 것에 동의합니다.
8. 상처의 상태와 개인차에 따라 치료 기간과 효과는 달라질 수 있으며, **치료 후에도 완전히 지워지지 않을 수 있음**을 이해하고 이에 동의합니다.
9. 치료 기간과 지원 범위는 상처에 따라 달라질 수 있으며, **지원 종료 이후 추가 치료**를 희망하는 경우 해당 비용은 **본인 부담**으로 진행됩니다.
10. 상처 치료와 심리상담에 성실히 참여하며, 정해진 **치료기간 동안 책임감 있게 참여할 것**을 약속합니다.

2026년 월 일

본 인 성명: (서명 또는 인)

보 호 자 성명: (서명 또는 인)



신청 사유 및 상처 사진

성명		생년월일	
연락처		상처유형	<input type="checkbox"/> 자해 흔 <input type="checkbox"/> 폭력 상처 <input type="checkbox"/> 문신
1. 신청 사유			
상처제거 지원사업에 신청하게 된 이유, 계기에 대해 작성해주세요.			
2. 상처의 발생원인 및 상황			
상처의 발생 시기 및 원인, 상처가 새겨지게 된 당시 상황 등에 대해 작성해주세요.			
3. 치료동기 [대인관계, 일상생활 및 진로, 학업 등 상처로 인한 어려움]			
상처로 인해 어떤 어려움 또는 불편함을 겪고 있는지 작성해주세요.			

4. 치료받은 후 예상되는 변화 및 향후 계획

상처 치료를 받음으로써 기대되는 점, 앞으로의 계획 등에 대해 작성해주세요.

5. 사진 첨부 (상처 부위, 정도, 크기 및 범위가 잘 드러나는 사진)

무상거주 확인서

○ 거주자(신청자) 정보				
성 명		생년월일		성 별 <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
연락처				

○ 주택 정보	
주 소	
주택 유형	<input type="checkbox"/> 자가 <input type="checkbox"/> 전세 <input type="checkbox"/> 월세

○ 제공자 정보			
성 명		생년월일	
연락처		거주자와의 관계	
동거 여부	<input type="checkbox"/> 거주자는 임대료 없이 무상으로 거주하고 있습니다. <input type="checkbox"/> 거주자는 상기 주소지에 실제 거주하고 있습니다.		

본인은 위 거주자가 상기 주소지의 본인 소유 또는 임차 주택에 임대료 없이 무상으로 거주하고 있음을 확인합니다.

해당 내용이 사실과 다를 경우, 선정 취소 등 불이익 조치가 있을 수 있음을 인지하고 이에 동의합니다.

제공자 성명 : (서명 또는 인)

작성 일 : 2026년 월 일

※ 본 확인서는 2026년 위기청소년 상처제거 지원사업 대상자 선정 심사를 위한 보완자료로 활용됩니다