

응급처치 동의서

아동 성명	주민등록번호	성 별
<p>장애아 돌보미가 다음의 절차에 따라 응급처치를 하는 경우, 장애아 돌보미와 사업시행기관에 위임할 것을 동의합니다.</p> <p>2020</p> <p>보호자 : (서명 또는 인)</p> <p>< 응급처치 절차 ></p> <p>1. 사고 발생시 가장 먼저 보호자에게 연락합니다.</p> <p>(이 름) (시간/기간) (전화번호) 보호자 와 동안에 로 연락됩니다. 와 동안에 로 연락됩니다.</p> <p>2. 보호자와 신속하게 연락되지 않을 경우, 보호자께서 정해주신 다음의 연락처로 연락드립니다.</p> <p>(이 름) (전화번호) 는 로 연락할 수 있습니다. 아동과의 관계: 는 로 연락할 수 있습니다. 아동과의 관계:</p> <p>3. 필요한 경우 119 구조대에 연락할 것이며 보호자가 정한 의료기관과 의사에게 응급수송 할 것입니다. (비용은 보호자 부담으로 합니다)</p> <p>4. 의료기관 수송 후에는 다음의 의료보험 관련 정보를 주어 신속하게 치료받을 수 있도록 합니다.</p> <p>의료보험 종류 번호 병원(병원 명과 전화번호 기재) 의사</p>		

이용자가족 서약서

본인은 장애아가족 아동양육지원 서비스를 이용함에 있어 아래의 준수사항을 지킬 것을 서약합니다.

- 준수 사항 -

1. 서비스 이용 전 자녀의 건강상태 및 주의사항 등을 서면이나 구두로 반드시 장애아돌보미에게 알려야 한다.
2. 장애아 돌보미에게 당초 제공하기로 한 서비스 이외의 사항에 대한 요구를 할 수 없다.
3. 서비스 이용 종료 시간을 엄격히 지켜야 한다. 만약 부득이한 사정으로 늦을 경우 장애아돌보미에게 연락하여 양해를 구하도록 한다.
4. 장애아돌보미의 지원활동이 원활히 이뤄질 수 있도록 적극 협조하며, 장애아돌보미에게 친절하고 상냥하게 대해야 한다.
5. 서비스신청 및 변경사항에 대하여 반드시 담당자와 상의하여 서비스를 이용하여야 한다.
6. 서비스 이용 시 장애아돌보미가 작성하는 활동일지를 확인(시간/내용)하고 반드시 확인 서명을 하도록 한다.
7. 장애아돌보미 활동 중 발생한 문제들은 장애아돌보미가 가입한 배상책임보험의 범위 내에서 해결한다. 그 이외의 경우는 이용자와 장애아돌보미간에 해결한다.
8. 본 기관에서 운영되는 휴식지원프로그램을 최소 1회 이상 참여하도록 한다.
9. 상기 사항을 위반하거나 각 가정의 사정변경(이사 등)에 따라 서비스 제공이 어려워지는 경우 서비스가 중단될 수 있음에 동의한다.

이상과 같이 서약하며 반드시 서약서의 내용을 지킬 것을 약속함.

2020년 월 일

성 명 : _____(인)

가족정보 제공 동의서

익산시건강가정·다문화가족지원센터는 개인정보보호를 매우 중요시하며 ‘개인 정보보호법’을 준수하고 있습니다. 귀 가족이 공개를 동의한 개인정보는 프로그램 참여대상 관리 및 센터에서 진행되는 다양한 프로그램에 대한 정보 제공과 통계분석을 위한 자료로써 활용되며, 사용자의 분포도·이용행태 등을 분석하는데 이용될 수 있습니다.

가족정보 수집에 동의할 경우, 아래 개인정보의 상세항목을 작성한 개인별로 각각 서명해 주십시오.

관계	성명	성별	생년월일	직업	휴대전화	비고 (장애여부)
■ 관심분야	<input type="checkbox"/> 돌봄서비스 <input type="checkbox"/> 교육/상담 <input type="checkbox"/> 치료프로그램 <input type="checkbox"/> 문화체험 <input type="checkbox"/> 자조모임 <input type="checkbox"/> 정보제공 <input type="checkbox"/> 비장애형제 정서지원 <input type="checkbox"/> 사례관리					

2020년 월 일

대상아동: _____, 보호자: _____ (서명)

익산시건강가정·다문화가족지원센터 귀중