

## 선정 후 보급

# 2019 시·청각장애인용 TV 무료 보급 안내문



문의 1688-4596  
홈페이지 [tv.kcmf.or.kr](http://tv.kcmf.or.kr)



### 신청안내

보건복지부 등록  
**시·청각장애인** 또는 국가보훈처 등록  
**눈, 귀 상이등급자**

- ※ 저소득층(기초생활수급자, 차상위계층) 시·청각 장애(1순위)·장애정도·연령 등 우선보급 적격 기준에 따라 **선정 후 보급**합니다.
- ※ 국가보훈처 등록 눈 귀 상이등급자는 증빙서류 제출이 추가로 필요하며, 또한 개인정보보호를 위해 우편접수와 지자체 신청만 가능하오니 양해부탁드립니다.



### 신청방법

- ▶ **주민센터 신청** : 제출서류를 작성해 주민센터에서 방문접수
- ▶ **홈페이지 신청** : 홈페이지([tv.kcmf.or.kr](http://tv.kcmf.or.kr))에서 휴대폰 본인 인증 후 신청
- ▶ **우편 신청** : 신청서와 개인정보수집·이용·제공 동의서를 아래주소지로登記발송  
※ 주소 : (우편번호 : 07238) 서울 영등포구 국회대로 70길 23(여의도동 14-14) 용산빌딩 3층



### 자세한 문의 방법

- ▶ **대표전화** : 1688-4596(근무시간 평일 09:00 ~ 18:00, 공휴일 및 휴일 휴무)
- ▶ **온라인** : 전용 홈페이지([tv.kcmf.or.kr](http://tv.kcmf.or.kr)) 질의게시판  
※ 재보급불가 대상자인 기보급자 조회 및 사업 안내 가능하며, 문의량이 많아 전화대기시간이 길어질 수 있습니다. 양해부탁드립니다.



### 유의사항

- ▶ 제출 서류 또는 필수사항이 기재 누락된 경우 접수가 어려우며, 우선순위에 따라 **선정 후 연락불가(3회)하여 보급이 어려울 경우 취소될 수 있습니다.**



# 2019 시·청각장애인용TV보급사업 신청서 작성 요령

## I. 신청서 작성 유의사항

### 1. 인적사항(필수정보)

- 1 성명과 주민번호를 기재하고, 장애급수에는 해당 장애를 표시하고 급수를 기재한다.
- 2 휴대전화는 배송·설치 시 필요한 사항으로 바로 연락이 가능한 휴대전화 번호로 기재한다.  
선정결과는 기재한 휴대전화 문자로 안내 한다.  
(※ 배송시 연락이 되지 않으면, 자동 취소되며, 차순위 보급대상자로 넘어감)
- 3 본인이 연락이 안될 경우를 대비하여 연락 가능한 보호자 휴대전화 번호를 반드시 기재한다.  
(※ 휴대전화 번호가 없을 경우 연락이 가능한 유선 전화번호를 기재)
- 4 주소는 주민등록상 주소지(배송주소)를 기재한다.
- 5 대상자격은 해당되는 곳(기초,차상위, 해당없음)에 표시한다. 해당없음은 기초, 차상위에 해당되지 않을 시 해당없음란에 체크하여 표시한다.

### 2. 참고사항

- 1 신청서류는 반납이 불가하며, 목적 달성 후 파기한다.
- 2 국가보훈처 눈귀상이자는 정보확인을 위해 국가유공자증 또는 보상보훈대상자증 사본을 반드시 제출한다.
- 3 재단은 신청한 성명과 주민번호(13자리)로 보건복지부 시스템을 통해 소득정보 및 장애인 정보를 확인한다.
- 4 우선순위에 따라 **선정 후 보급하기 때문에 신청하더라도 선정되지 않을 수 있다.**  
(※ 2013년 ~ 2018년도에 방송수신기를 보급받은 분은 제외)

## II. 개인정보 수집·이용·제공 동의서 작성(필수) 작성 유의사항

- 1 개인정보 수집·이용·제공 동의서를 충분히 읽어보신 후 동의 여부를 표시한다.
- 2 만14세 미만 신청자(아동)의 개인정보 수집·이용·제공은 법정대리인의 동의를 받아야 하므로 만 14세미만 신청자는 반드시 법정대리인 동의서를 작성해야 함

※ 귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 해당 수집 항목은 TV보급 적격여부 확인, 배송 및 설치 등에 반드시 필요한 사항이므로 동의하지 않을 경우, 보급 신청이 거부될 수 있음을 유의바랍니다.



## 인적사항 (필수정보)

해당되는 곳에 ☒로 표기 해주세요.

1 대상자격 (필수)	소득수준	<input type="checkbox"/> 기초	보건복지부 등록 시·청각 장애인	<input type="checkbox"/> 시각	<input type="checkbox"/> 장애의 정도가 심한 장애인 <input type="checkbox"/> 장애의 정도가 심하지 않은 장애인		
		<input type="checkbox"/> 차상위		<input type="checkbox"/> 청각	<input type="checkbox"/> 장애의 정도가 심한 장애인 <input type="checkbox"/> 장애의 정도가 심하지 않은 장애인		
		<input type="checkbox"/> 해당없음		국가보훈처 등록 눈·귀 상이등급자			상이등급
				상이호수			

  

2 성명 (필수)	성별	<input type="checkbox"/> 남
		<input type="checkbox"/> 여

  

3 주민등록번호 (13자리 필수 기재)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--------------------------	--

  

4 연락처 (필수)	본인 연락처 (휴대전화)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> — <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	비상 연락처 (자택 또는 보호자 연락처)	<input type="text"/> — <input type="text"/> — <input type="text"/>

  

5 주소 (필수 기재, 배송지 기준)	
----------------------------	--

- ※ 필수 정보를 작성하지 않거나, 필수 서류를 제출하지 않을 시 접수불가
- ※ 국가보훈처 등록 대상자는 국가유공자증 또는 보훈보상대상자증 사본을 반드시 제출(필수)
- ※ 우선순위에 따라 선정 후 보급되며, 신청자는 신청 시 서명 필수
- ※ 신청기간은 2019년 7월 15일 ~ 8월 16일 까지
- ※ 본 서류는 반납이 불가하며, 안전하게 파기됩니다.

선정후보급



6 신청자 :

2019년 월 일

(서명 또는 날인)

※ 뒷면에 내용이 이어집니다.(필수)

# 개인 정보 수집·이용·제공 동의서 (필수)

시청자미디어재단에서는 고객의 개인정보를 중시합니다. 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조 제2항제2호, 제21조, 제22조, 제23조, 제24조 제1항제2호, 제31조, 「장애인복지법」 제22조, 「장애인복지법 시행령」 제45조의2, 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제13조 및 「국가정보화기본법」 제33조, 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 제21조 3항, 「사회보장기본법」 제37조에 따라 아래와 같이 동의를 얻고자 합니다.

아래 사항에 대해 충분히 읽어 보신 후, 동의 여부를 체크 · 서명하여 주시기 바랍니다.

## 개인정보 수집 및 이용에 대한 동의

- 개인정보 수집·이용 목적 : 시·청각장애인용 TV 무료 보급
- 수집하는 개인정보 항목(필수) : 성명, 주민번호, 장애등급, 주소, 전화번호(비상연락처 포함), 성별, 장애유형, 장애등급, 소득수준
- 개인 정보 보유·이용 기간 : 시·청각장애인용 TV 무료 보급 목적 달성시까지  
(단, 수신기 내용연수를 감안하여 보급대상자는 중복검사 등을 위해 7년간 보관 후 폐기)

※ 귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 해당 수집 항목은 TV보급 적격여부 확인, 배송 및 설치 등에 반드시 필요한 사항이므로 동의하지 않을 경우 신청이 거부될 수 있음을 유의바랍니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

## 민감정보 수집 및 처리 동의

- 민감정보 수집 및 처리 : 시·청각장애인용TV 무료 보급
- 민감정보 항목(필수) : 성별, 장애유형, 장애등급, 소득수준
- 고유식별정보 항목(필수) : 주민등록번호
- 개인 정보 보유·이용 기간 : 시·청각장애인용TV 무료 보급 목적 달성시까지  
(단, 수신기 내용연수를 감안하여 보급대상자는 중복검사 등을 위해 7년간 보관 후 폐기)

※ 귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 해당 수집 항목은 TV보급 적격여부 확인, 배송 및 설치 등에 반드시 필요한 사항이므로 동의하지 않을 경우 신청이 거부될 수 있음을 유의바랍니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

## 고유식별정보 처리 동의

- 고유식별정보 처리의 목적 : 시·청각장애인용TV 무료 보급
- 고유식별정보 항목(필수) : 주민등록번호
- 개인 정보 보유·이용 기간 : 시·청각장애인용TV 무료 보급 목적 달성시까지  
(단, 수신기 내용연수를 감안하여 보급대상자는 중복검사 등을 위해 7년간 보관 후 폐기)  
※ 수집된 정보는 해당 목적 이외의 용도로는 이용되지 않습니다.

## 개인정보의 제3자 제공에 대한 동의

- 개인정보의 제3자 제공 목적 : 시·청각장애인용 TV 무료 보급 및 배송설치, 사후관리(AS등), 만족도 조사
- 개인정보를 제공을 받는 자 : 지자체, 보건복지부, 국가보훈처, 2019년 보급용역업체(㈜미마인터네셔널, LG전자(주) · 배송업체(㈜판토스) · AS업체(엘지전자(주) 한국서비스), 2019년 공공기관 고객만족도 조사기관, 2019년 시·청각장애인용TV 이용실태 및 만족도 조사 업체, 2019년 보급사업 적격심사위원
- 제공하는 개인정보 항목
  1. 보건복지부, 국가보훈처 : 성명, 주민등록번호
  2. 지자체 : 성명, 주민번호, 주소, 장애유형, 소득수준, 연락처
  3. 2019년 보급용역업체(㈜미마인터네셔널, LG전자(주) · 배송업체(㈜판토스) · AS업체(엘지전자(주) 한국서비스), 2019년 시·청각장애인용 TV 이용실태 및 만족도 조사 업체, 2019년 보급사업 적격 심사위원 : 성명, 생년월일, 주소, 장애유형, 소득수준, 연락처
  4. 2019년 공공기관 고객만족도 조사기관 : 성명, 생년월일, 주소, 연락처, 성별
- 개인정보를 제공받는 자의 이용목적 : 시·청각장애인용 TV 보급, 배송설치, 사후관리(AS등), 공공기관 고객만족도 조사, 이용실태 및 만족도 조사
- 개인정보를 제공 받는 자의 개인정보 보유 · 이용 기간 : 시·청각장애인용 TV 보급 목적 달성시까지
  1. 신청자 정보 : 선정심사 및 민원안내를 위해 당해연도 보관 후 폐기
  2. 보급자 정보 : 중복검사 등을 위해 7년간(내용연수) 보관 후 폐기
  3. 2019년 공공기관 고객만족도 조사, 2019년 시·청각장애인용 TV 이용실태 및 만족도 조사 : 조사완료 후 즉시 폐기

※ 귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 해당 수집 항목은 TV보급 적격여부 확인, 배송 및 설치 등에 반드시 필요한 사항이므로 동의하지 않을 경우 신청이 거부될 수 있음을 유의바랍니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

본인은 본 “개인정보 수집 및 이용”, “민감정보 수집 및 처리”, “고유식별정보 처리 동의”, “개인정보의 제3자 제공”의 내용을 읽고 명확히 이해하였으며 이에 동의합니다.

2019년 월 일 신청자 : (서명 또는 인)

## 만14세 미만 신청자(아동) 법정대리인 동의

- 개인정보보호법 제22조에 따라 만14세 미만 신청자(아동)의 개인 정보를 수집·이용·제공하기 위해서는 부모 등 법정대리인의 동의를 받아야 합니다. 신청자의 법정대리인은 위와 같이 신청자의 개인 정보를 수집·이용·제공하는데 동의하십니까?

※ 귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 해당 수집 항목은 TV보급 적격여부 확인, 배송 및 설치 등에 반드시 필요한 사항이므로 동의하지 않을 경우 신청이 거부될 수 있음을 유의바랍니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

본인은 본 “만14세 미만 신청자의 법정대리인 동의”의 내용을 읽고 명확히 이해하였으며 이에 동의합니다.



법정대리인 : (서명 또는 인)

본 서류는 반납이 불가하며, 안전하게 폐기됩니다.

시 청 자 미 디 어 재 단 귀 중