

면역력정상화 치료제 무상지원 신청서

신청인 기재란(✓빠짐없이 기재요망)

✓성 명	환자 :	보호자 성명 (환자가 미성년인 경우)	
✓생년월일	환자:	년 월 일 (만 세)	
✓주 소			
✓연 락 처 (핸드폰)	환자() -	보호자() -	

주치의사 기재란(✓빠짐없이 기재요망)

✓추치의사	병원	과	교수님
✓진 단 명			
✓최초진단일	20	년 월 일	

- 1) 지원자 모집 상황에 따라 조기 종료될 수 있습니다.
 2) 본 지원사업은 전문의의 추천을 받은 환자 중 '한마음사회복지재단 중앙회'에서 관계법령에 근거하여 심사 후 대상자를 선정합니다.
 3) 대상자당 1년간 무상지원 용량은 최대 60정(30정×2)입니다.

✓<협력 병/의원 확인란>

추천의사 ; _____ (서명/인)

신청일 : 20 ____ 년 ____ 월 ____ 일

<신청서 접수처> 한마음의료바우처 사회공헌재단 www.hmcs.or.kr
 서울시 마포구 만리재로14(공덕동) 한국사회복지회관 1507호
 대표☎:02)3775-4411/팩스: 02)3775-1769 한마음사회복지재단중앙회
 ※ 재단에 팩스 보낼 서류: ✓①무상지원신청서 ✓②증빙서류

【개인정보 수집 · 활용 및 제3자 제공 동의서】

한마음사회복지재단중앙회(이하 “한마음”라 함)는 개인정보보호법 제15조에 의거하여 개인정보의 수집 및 이용에 관한 정보주체의 동의절차를 준수하며, 정보주체의 동의 후 수집된 정보는 모금회의 개인정보 수집 및 이용목적 외의 용도로는 절대 이용, 제공되지 않습니다. 다만, 개인정보 중 주민등록번호에 대해서는 개인정보보호법 제24조의2에 따라 정보주체의 동의 여부를 불문하고 결코 수집·이용, 제공되지 않을 것입니다. 한마음 지원사업의 신청인(만 14세미만 아동의 경우는 법정대리인)은 정보주체로서 개인정보의 삭제·처리 정지 요구와 개인정보의 수집·이용 및 제공에 대한 동의의 거부할 수 있고, 이 경우에는 한마음의 지원 서비스 제공이 어려울 수 있음을 알려드립니다.

- 본인은 한마음이 「개인정보 보호법」 제15조제1항 및 제24조제1항제1호에 의거, 다음과 같이 본인의 개인정보 및 고유식별정보(이하 “개인정보”라 함)를 수집 · 이용하는 것에 대하여 동의 비동의
 가. 개인정보의 수집 · 이용자(개인정보처리자) : 한마음 나. 개인정보수집이용목적: 모금회의 지원사업 관련 업무
 다. 개인정보의 수집 이용항목: 주민등록번호를 제외한 나머지 개인정보(성명·주소 등 인적사항, 경제상황 및 재산상태, 임금계좌 등)
 라. 개인정보 보유 및 이용기간: 한마음이 정한 보존기간 동안
- 본인은 한마음이 「개인정보 보호법」 제17조제 1항제1호에 의거, 다음과 같이 본인의 개인정보를 제3자에게 제공하는 것에 대하여 동의 비동의
 가. 개인정보를 제공받는 자 : 한마음 지원사업의 수행지원을 위한 개인정보처리 기관
 나. 개인정보를 제공받는 자의 이용 목적 : 한마음 지원사업의 업무처리
 다. 제공하는 개인정보의 항목 : 위 1호 다목에 해당하는 개인정보
 라. 개인정보를 제공받는 자의 보유 및 이용기간 : 한마음이 정한 보존기간 동안
- 본인은 위 1~2호에 대해 동의를 거부할 수 있다는 안내를 받았으며 또한 본인의 동의가 없을 때에는 한마음이 지원하는 서비스의 제공이 어려울 수 있다는 안내를 받았습니다 .

본인은 본 동의서의 내용과 개인정보 수집 · 처리 및 제3자 제공에 관한 본인의 권리에 대하여 이해하고 서명합니다.

배분대상 환자의 성명	환자의 서명	개인정보 제공 동의(✓표시)		
		수집/이용	3자제공	동의거부/안내여부
✓	✓	<input checked="" type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 비동의	<input checked="" type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 비동의	<input checked="" type="checkbox"/> 받았음 <input type="checkbox"/> 받았음

기부 진행 절차 안내

