

[붙임 1]

# 2020 장애가정아동 '성장-mentoring' 사업 개요서



## 사업개요

|        |   |
|--------|---|
| 사업명    | 2020 장애가정아동 '성장 mentoring' 사업   |
| 사업기간   | 2020. 4 ~ 2020. 11 (8개월간)   |
| 사업목적   | (조)부모의 장애 및 경제적 어려움을 겪고 있는 장애인가정의 8세~14세 아동을 대상으로 1:1 멘토링 및 지역사회지원을 연계하여 밝고 건강하며 당당한 청소년으로의 성장을 지원하기 위함.  |
| 사업대상   | ○ 멘티 : 장애가정의 비장애초등학생 15명(전북)<br>- 경제적 조건 : 국민기초생활보장수급 또는 중위소득 70% 이내<br>- 나 이 : 초등학생 1~6학년, 중학교 1학년(8세~14세)<br>- 장애유무 : (조)부모 1인 이상이 장애인인 저소득 가정<br>○ 멘토 : 해당지역 대학(원)생 및 졸업생·일반인 16명(전북)<br>- 나 이 : 대학(원)생 또는 일반인<br>- 전 공 : 무관<br>※ 단, 1년 동안 책임감을 가지고 지속적인 활동이 가능한 자<br>※ 멘토가 중도 변경(탈락) 되지 않도록 선정시 신중을 기해야 함 |
| 주요 서비스 | ○ 멘티<br>1) 임상생활관리(연30회)<br>가) 건강검진 : 2회(4월, 11월)<br>나) 건강관리 : 26회(4월~11월)<br>다) 매칭입급 : 8회(4월~11월)<br>2) 학습 및 학교생활 지원(연28회)<br>가) 학습지도 및 관리 : 26회(4월~11월)<br>- 멘토가 멘티가정을 주1회 방문(2시간 기준)하여 과제 및 준비물 지도<br>나) 교재지원 : 2회(상·하반기)<br>3) 문화활동(연5회)<br>가) 개별(단체) 문화체험 : 4회(연중)  |

|        |   |
|--------|---|
|        | 나) 멘타멘토 캠프 : 1회(6~9월)   |
| 주요 서비스 | ○ 멘토<br>1) 멘토간담회 : 연3회(분기별)<br>2) 활동비 지급 : 월 1회<br>○ 부모<br>1) 부모 간담회 : 연1회<br>- 멘토링 사업에 대한 이해, 상호 협조 요청사항 및 정보공유 등<br>○ 기타<br>1) 기관별 발대식 : 연1회(4월)<br>2) 종결식 : 연1회(11월) |
| 주최     | 우정사업본부  |
| 주관     | 우체국공익재단, 한국장애인재활협회, 전북장애인재활협회   |



## 멘토활동 혜택

1. 봉사활동 확인서 발급(MMS)
  2. 월별 활동비 지급
- ※ 기타 교재비, 문화체험 등에 소요되는 비용은 별도 지급
- ※ 교육봉사활동과 관련해서 본 협회가 교육기관이 아니기 때문에 봉사활동 내용은 "멘토링-교육"이  
나, 봉사시간이 교육봉사로 인정되는지의 여부는 학교관련 기관에 문의하여야합니다.  
※ 2년 연속 멘토로 활동하시는 분들에게는 우정사업본부장상의 상패와 상품이 수여됩니다.



## 제출서류 및 방법

- \* 멘티 : 멘티신청서(사진부착), 장애인증명서 또는 복지카드 사본, 수급자증명서(세대주) 또는 건강보험료납부확인서, 주민등록등본(3개월 이내), 개인정보수집 이용 및 제3자 제공 동의서, 초상권 동의서
- \* 멘토 : 멘토신청서(사진부착), 재학증명서 또는 졸업증명서, 성범죄 경력 조회 동의서 및 아동학대 관련 범죄경력조회 동의서, 개인정보수집이용 및 제3자제공동의서, 초상권 동의서  
(신청서는 본 협회 홈페이지 공지사항 첨부되어 있습니다)
- \* 제출방법 : 이메일 ekdms121@hanmail.net / 팩스 063-244-6478  
(신청서만 보내주시고 나머지 서류는 추후에 주시면 됩니다.)
- \* 담당자 : 장애인재활지원센터 이다은
- \* 접수마감 : ~ 2020년 4월 10일(금) 18:00 까지 (빠른 접수 부탁드립니다.)

## 장애가정아동 '성장-mentoring' 멘토신청서

접수번호 :

|                            |   |      |            |
|----------------------------|---|------|------------|
| 사진                         | 성명  | 소속   | 학교명(직장명) : |
|                            | 생년월일  |      | 학과(부서) :   |
|                            | 주소  | 학년 : |            |
| 연락처                        | (자택) : (휴대폰) :  |      | (E-Mail) : |
| 자격 및 자원봉사<br>(멘토링)<br>경력사항 | 1.<br>2.<br>3.  |      |            |
| 특기, 재능                     |   |      |            |
| 지원동기                       |   |      |            |
| 멘토링을 통해<br>기대하는 점          | 1.<br>2.  |      |            |
| 멘티와<br>하고 싶은<br>활동         | 1.<br>2.  |      |            |
| 활동가능 시간                    |   |      |            |
| 제출 서류                      | 1. 재학증명서 또는 졸업증명서<br>2. 개인정보수집·이용동의서<br>3. 성범죄경력조회동의서 및 아동학대관련범죄전력조회동의서 |      |            |

본인은 이 프로그램에 참여하기를 희망합니다.

2020년      월      일      지원자 :                      (인)



성범죄경력조회동의서 및 아동학대관련범죄전력동의서(필수)

|      |        |                |                                       |
|------|--------|----------------|---------------------------------------|
| 대상자  | 성명     | 한글(또는 한자)      |                                       |
|      |        | 영문(외국인의 경우 기입) |                                       |
|      | 주민등록번호 | -              | 외국인의 경우 : 국적<br>과 여권번호 또는 외<br>국인등록번호 |
|      | 주소     |                |                                       |
| 전화번호 |        |                |                                       |

본인은 ○○기관(시설)(예: 유치원, 어린이집, 아동복지시설, 청소년쉼터, 청소년활동시설, 의료기관 등) 취업자(취업예정자)로서, 「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」 제56조 및 같은 법 시행령 제25조에 따른 성범죄경력 조회, 「아동복지법」 제29조의3에 따른 아동학대 범죄전력 조회 신청에 동의합니다.

년            월            일

동의자

(서명 또는 인)

경찰서장 귀하

유의사항

대상자가 외국인인 경우 한글·영문의 성명, 국적과 함께 여권번호 또는 외국인등록번호를 적습니다.