

부천시건강가정지원센터 이용 서비스와 관련하여 아래와 같이 개인정보를 수집·이용 및 제3자에게 제공하고자 합니다. 내용을 자세히 읽으신 후 동의 여부를 결정하여 주십시오.

□ 개인정보 수집·이용 내역

수집·이용 목적	① 가족에 대한 서비스 정보제공 ② 건강가정·다문화가족지원센터의 각종 서비스 안내 및 제공 ③ 서비스 이용자의 개인식별 및 이력관리
보유 및 이용기간	(문서관리) 해당서비스 지원기간 * 서비스 종료 후 개인정보 처리방침에 명시된 문서보관기간 경과 후 파기 (가족지원통합서비스시스템 관리) 준영구 (사회복지사업법 제6조의2 등에 의거)

○ 센터 이용에 대한 동의(필수)

개인정보 항목	프로그램 신청 및 과거 서비스 이용 정보	
	신청자 정보	성명, 생년월일, 주소, 연락처, 이메일, 직업, 주거형태, 기초수급여부, 가족 내 어려움, 가입경로, 초상권
	가족정보	가족관계, 성명, 생년월일, 직업, 동거여부
	결혼이민자 정보	출신국, 타기관 이용여부, 최종학력, 국적취득여부, 입국일, 한국거주기간, 현 배우자와의 결혼일, 결혼유형(기혼(초혼)/ 재혼/ 이혼/ 동거(사실혼)/ 사별/ 별거/가출/ 무응답/ 기타), 방문교육이용여부, 비상전화, 한국어능력 수준
	확인서류	주민등록등본(결혼이민자가 등본 상 기재) 또는 가족관계증명서 및 외국인 등록증 사본 * 회원등록을 위한 최초 실명인증 후 개인정보 관련서류는 별도 보관하지 않음(즉시 반환 또는 폐기 예정)
위 항목의 개인정보 수집·이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		

(가) * 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 서비스 이용이 불가합니다.

□ 민감정보 수집·이용 내역

제공하는 항목	가족상담	지원대상가정 정보	우선선택대상자 여부
		제출서류 (해당자에 한함)	맞벌이 증명 서류/장애인등록증/기초생활수급자, 저소득한부모가족, 차상위 본인부담경감대상자 증빙서류
		위 항목의 민감정보 수집·이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
		가족정보	우선선택대상자 여부
		위 항목의 민감정보 수집·이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
수집·이용 목적	① 센터 이용에 대한 우선순위 제공 기준 적용 ② 각종 서비스 안내 및 제공		
보유 및 이용기간	(문서관리) 해당서비스 지원기간 * 서비스 종료 후 개인정보 처리방침에 명시된 문서보관기간 경과 후 파기 (가족지원통합서비스시스템 관리) 준영구 (사회복지사업법 제6조의2 등에 의거)		

(나) * 위의 민감정보 처리에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 원활한 센터의 서비스 이용에 제한을 받을 수 있습니다.

□ 개인정보 제3자 제공 내역

제공받는 기관	여성가족부, 지방자치단체, 한국건강가정진흥원, 건강가정·다문화가족지원센터, 다문화가족지원센터, 건강가정지원센터, 새일센터, 슈퍼바이저단, 만족도 조사기관
제공 목적	① 개인식별 및 서비스 이력관리 ② 서비스 이용에 따른 전화만족도 조사 * 만족도 조사기관에 제공하는 정보는 성명, 출신국, 연락처에 한함 ③ 건강가정·다문화가족지원센터 관리 - 실적관리 및 홍보, 관할지역 센터지원 ④ 다문화가족지원센터 서비스 제공
보유 및 이용기간	(문서관리) 해당서비스 지원기간 * 서비스 종료 후 개인정보 처리방침에 명시된 문서보관기간 경과 후 파기 (가족지원통합서비스시스템 관리) 준영구 (사회복지사업법 제6조의2 등에 의거)

○ 센터 이용에 대한 동의(필수)

제공하는 항목	프로그램 신청 및 과거 서비스 이용 정보, 서비스 이용에 따른 이력정보	
	신청자 정보	성명, 생년월일, 주소, 연락처, 이메일, 직업, 주거형태, 기초수급여부, 가족 내 어려움, 가입경로
	가족정보	가족관계, 성명, 생년월일, 직업, 동거여부
	결혼이민자 정보	출신국, 타기관 이용여부, 최종학력, 국적취득여부, 입국일, 한국거주기간, 현 배우자와의 결혼일, 결혼유형(기혼(초혼)/ 재혼/ 이혼/ 동거(사실혼)/ 사별/ 별거/ 가출/ 무응답/ 기타), 방문교육이용여부, 비상전화, 한국어능력수준
	위 항목의 개인정보 제3자 제공에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	

(다) * 위의 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 거부할 경우 서비스 이용이 불가합니다.

(라) * 위의 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 해당 서비스의 제공에 제한을 받을 수 있습니다.

년 월 일

본인 성명 (서명 또는 인)

(만 14세미만 아동인 경우) 법정대리인 성명 (서명 또는 인)

* 법정대리인과 본인과의 관계 :

* 법정대리인 전화번호 :

부천시건강가정지원센터 귀하