

# 2024년 장애가정아동 성장멘토링 멘토 모집 안내

장애가정아동 성장멘토링은 저소득 장애가정아동의 부족한 양육환경을 보충해주기 위해 초등학생(멘티)과 대학생(멘토)을 1:1로 매칭하고, 일상생활 및 학교생활관리, 문화활동 등의 멘토링을 통해 장애가정아동이 건강하게 성장할 수 있는 기반을 강화하는 사업입니다. 이에 『2024년 장애가정아동 성장멘토링』을 함께 할 대학생 멘토를 모집하오니 많은 참여 부탁드립니다.

## 가. 모집개요

1. 모집기간 : 2024년 2월 26일(월) ~ 3월 13일(수)
2. 모집대상 : 인천시 내에서 멘토링 활동이 가능한 대학(원)생 또는 휴학생 12명
  - 멘토링 활동기간에 책임감을 가지고 지속적인 활동이 가능한 자
  - 사업에서 진행하는 모든 활동에 필수 참석이 가능한 자
3. 활동기간 : 2024년 3월~11월(9개월간)
4. 활동해택
  - 활동인증서 발급 : 9개월간의 활동을 수료한 모든 멘토에게 발급
  - 멘토활동비 지급 : 학습지원 및 건강관리, 문화체험에 대한 활동비 지급(연24회, 회당 30,000원)
  - 봉사시간 인증 : 멘토활동비가 지급되지 않는 활동에 대한 봉사시간 및 교육봉사 인증

## 나. 활동내용

순번	프로그램명	횟수	프로그램 내용
1	학습지원 및 건강관리	연 20회	<ul style="list-style-type: none"><li>◦ 멘티·멘토 1:1 가정방문 학습지원 및 건강관리</li><li>◦ 멘티·멘토 일정협의 후 주1회 120분이상 진행</li></ul>
2	교재지원	연 2회	<ul style="list-style-type: none"><li>◦ 학습지원 및 건강관리에 필요한 교(구)재를 신청하여 멘토링 활동에 활용(멘티 1인당 총6만원)</li></ul>
3	문화체험	연 4회	<ul style="list-style-type: none"><li>◦ 멘티가 희망하는 문화체험활동 진행(영화관, 직업체험, 실내스포츠 등)</li></ul>
4	우리두리캠프	연 1회	<ul style="list-style-type: none"><li>◦ 전체 커플을 대상으로 단체문화체험활동 진행(1박 2일 또는 무박소풍)</li></ul>
6	멘토간담회	연 2회	<ul style="list-style-type: none"><li>◦ 멘토 사전교육 및 진행사항 공유</li><li>◦ 멘토링 활동 슈퍼비전 진행</li></ul>
7	발대식, 종결식	각 연 1회	<ul style="list-style-type: none"><li>◦ 멘토링활동 시작 전·후로 발대식 및 종결식 진행</li><li>◦ 사전교육, 사업 진행사항 안내 등</li></ul>

## 다. 모집일정

<p><b>홍보 및 신청서 제출</b> 02.26.~03.13.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>◦ 모집대상 : 인천시에서 활동 가능한 대학생 또는 휴학생</li><li>◦ 신청방법 : 신청서·제출서류 작성 후 이메일, 팩스, 우편 제출</li><li>◦ 제출서류 : 하단 [라. 제출서류 및 제출방법] 안내 참고</li></ul>
↓	
<p><b>1차 서류심사</b> 3월 중</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>◦ 심사방법 : 협회 내 1차 서류심사(약 1.5배수 선발)</li><li>◦ 결과발표 : 인천시장애인재활협회 홈페이지 '사업소식'을 통한 안내</li></ul>
↓	
<p><b>2차 면접심사</b> 3월 중</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>◦ 심사방법 : 신청서류에 기반한 면접심사 진행</li></ul>
↓	
<p><b>최종 선정 안내</b> 3,4월 중</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>◦ 인천시장애인재활협회 홈페이지 '사업소식'을 통한 최종선정 안내</li><li>◦ 최종 12명 선발</li></ul>
↓	
<p><b>1차 멘토간담회</b> 4월중</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>◦ 최종 합격자에 한하여 일정 안내 예정</li><li>◦ 발대식 전, 멘토 교육 및 매칭 멘티 안내 등</li></ul>
↓	
<p><b>발대식</b> 4월중</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>◦ 사업소개 및 활동계획 안내, 멘티·멘토 매칭 결과 안내, 서약 및 다짐의 시간, 사전설문지 및 서약서 작성, 부모 협조요청서 작성 등</li></ul>

※ 모든 일정은 협회 내 사정으로 변동될 수 있음.

## 라. 제출서류 및 제출방법

\*[신청서, 개인정보동의서, 전력동의서] 서식은 홈페이지([icsrd.or.kr](http://icsrd.or.kr)) 사업소식 참조

<p><b>제출서류</b></p>	<p>① 신청서 ② 개인정보 수집·이용·제공 동의서 ③ 성범죄경력조회동의서 및 아동학대관련범죄전력동의서 ④ 주민등록등본 1부(3개월 이내/주민번호 뒷자리 미포함) ⑤ 재학증명서 1부(3개월 이내)</p>
<p><b>제출방법</b></p>	<p>① 우편제출: 인천시 남동구 용천로 208, 사회복지회관 301호 ② 팩스제출: 032-429-0219 ③ 이메일 제출: <a href="mailto:icsrd@hanmail.net">icsrd@hanmail.net</a></p>
<p><b>*유의사항 (필독)</b></p>	<p>① 신청서 및 개인정보동의서 서식은 <u>본 협회 홈페이지 [사업소식]-[성장 멘토링 멘토 모집글]</u> 첨부파일 참조 ② 신청서 내 미기재 부분 없이 <u>모든 칸 작성 필수</u> ③ 모든 제출서류는 신청일 기준 <u>3개월 이내의 서류</u> 제출 요망 ④ <u>제출서류 미비 혹은 누락 시 신청이 되지 않을 수 있음</u> ⑤ <u>제출한 서류는 일체 반환되지 않음</u></p>

마. 문의사항 : 성장멘토링 담당자 ☎032) 438-0420~1

## 장애가정아동 성장멘토링 멘토신청서

접수번호 :

사진	성 명	소 속	학교명(직장명) :
	생년월일		학과(부서) :
	주 소		학년 :
연락처	(자택) : (E-Mail) : (휴대폰) :		
자격 및 자원봉사 (멘토링) 경력사항	1. 2. 3.		
특기, 재능			
지원동기			
멘토링을 통해 기대하는 점	1. 2.		
멘티와 하고 싶은 활동	1. 2.		
활동가능 시간			
제출 서류	1. 재학증명서 / 졸업증명서 / 재직증명서 2. 개인정보수집·이용동의서 3. 성범죄경력조회동의서 및 아동학대관련범죄전력조회동의서		

본인은 이 프로그램에 참여하기를 희망합니다.

2024년 월 일 지원자 : (인)

# 개인정보 수집·이용·제공에 관한 동의서(멘토용)

## ① 개인정보 및 민감정보 수집·이용 동의

개인정보의 수집 및 이용 목적	참여대상 선정 및 서비스 지원에 필요한 개인정보 수집 및 이용
수집하는 개인정보 항목	성명, 생년월일, 소속, 주소, 연락처 등
개인정보의 보유 및 이용 기간	서비스 제공기간 및 수집 목적을 달성한 시점
동의 거부 권리 및 동의 거부에 따른 제한사항	귀하는 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부 시 성장멘토링 참여대상 선정 및 서비스 이용이 제한될 수 있습니다.
개인정보 및 민감정보 수집 및 이용에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음

## ② 개인정보 제3자 제공

개인정보를 제공받는 자	성장멘토링 공동수행기관, 한국장애인재활협회, 우체국공익재단 및 우정사업본부
개인정보를 제공 받는 자의 개인정보 이용 목적	서비스 지원 관리, 사업 만족도 조사, 사업 평가 등
제공되는 개인정보 항목	위 ①에 해당하는 개인정보
개인정보를 제공 받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간	서비스 제공기간 및 평가의 수집 목적을 달성한 시점
동의 거부 권리 및 동의 거부에 따른 제한사항	귀하는 개인정보의 제3자에게 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부 시 성장멘토링 참여대상 선정 및 서비스 이용이 제한될 수 있습니다.
개인정보 제3자 제공에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음

## ③ 초상권 활용 동의

본 사업의 참여대상으로 선정 시 서비스 이용기간 중 온·오프라인 언론매체 및 홍보, 기록 자료에 활용할 목적으로 촬영되는 초상사진 저작물 및 관련한 그 저작물에 사용
초상권 활용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음

개인정보보호법등 관련 법규에 의거하여 상기 본인은 위와 같이 개인정보·민감정보 수집 및 이용, 제3자 제공, 초상권 활용에 동의합니다.

2024년 월 일

성명 : (인 또는 서명)

## 성범죄경력조회동의서 및 아동학대관련범죄전력동의서(필수)

대상자	성명	한글(또는 한자) 영문(외국인의 경우 기입)	
		-	외국인의 경우 : 국적 과 여권번호 또는 외 국인등록번호
	주민등록번호		
	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.

2024년 월 일

동의자 (서명 또는 인)

경찰서장 귀하

유의사항

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