

신청시 유의사항

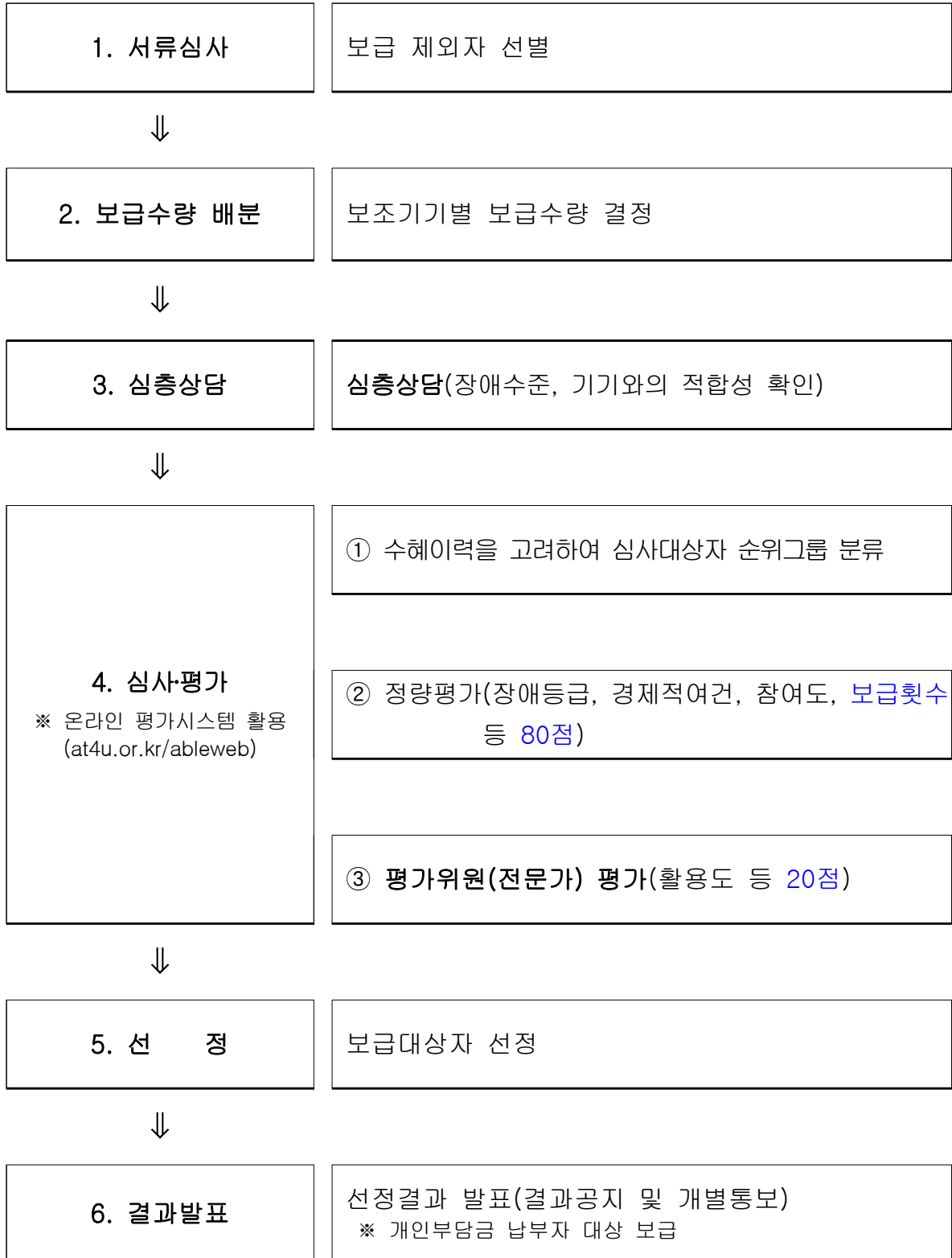
- 신청서 및 활용계획서 작성시 “정보통신보조기기 자가진단표”를 반드시 확인하시기 바랍니다.
 - 자가진단 결과 “부적합”인 경우 보급대상이 되지 않으며, 신청서 및 활용계획서에 자가진단 결과를 기재하지 않은 경우에도 보급대상에서 제외될 수 있습니다.
- 아래의 보급제외자는 지원대상이 되지 않으므로 궁금하신 사항은 신청 접수처를 통해 반드시 확인 후 신청하시기 바랍니다.

정보통신보조기기 보급제외자

1. 본인의 등록 장애유형과 관계없는 장애유형의 보조기기를 신청한 자
2. 재보급기간 이내에 동일품목의 보조기기를 사업지원기관 혹은 타 부처, 지자체에서 지원 받은 자
3. 정보통신보조기기 사용을 위한 자가진단[별지 제3호 서식] 결과가 **부적합한 자**
4. 정보통신기기 등 다른 보조도와 이용을 수반하는 보조기기의 경우 구동할 수 있는 요구사양의 정보통신기기 또는 다른 보조도구를 보유하지 않은 자
5. 현재의 장애여건을 고려하여 향후 1년 이상 지속적으로 해당 보조기기의 사용이 어려운 자
6. 보급사업에 1인 2개 이상 신청자. (단, 최초 신청한 1개 제품은 인정)
7. 동일 품목의 보조기기를 중복 신청한 동일가구 내 가구원
8. 신청서의 내용을 허위로 작성하여 제출한 자
9. 타인의 명의를 도용하여 신청한 자
10. 신청에 필요한 필수 제출서류를 제출하지 않은 자
11. 심층상담 대상자가 특별한 사유없이 심층상담에 불응한 자
12. 보급대상자 중 정해진 납부기간 내 개인부담금을 납부하지 않은 자
13. 보급대상자 중 이용약관에 동의하지 않은 자
14. 점자평가 대상자의 경우 점자평가 결과가 60점 미만인 자
15. 기타 보조기기 사용을 위하여 필요한 요건이 갖추어져 있지 않은 자

- 등록 된 장애유형과 다른 장애유형의 정보통신보조기기 신청 안내
 - 언어장애가 있는 뇌병변 장애인은 의사소통 및 언어훈련 제품인
 - ①의사소통보조기기, ②언어훈련S/W 제품 신청 가능
 - 지적.자폐성 장애인은 지체·뇌병변 장애유형의 특수키보드, 특수마우스, 터치모니터 등의 제품이나 청각.언어 장애유형의 의사소통보조기기, 또는 언어훈련S/W 등의 제품 신청 가능
 - 신청자 본인의 등록 장애유형과 관계없는 타 장애유형 보조기기 신청을 희망하는 경우에는 전문가 소견서 제출 시 신청 가능
 - ※ 전문가는 특수학교 교사, 작업치료사, 재활의사, 의지·보조기사, 관련분야 교수 및 이와 동등·유사한 전문가로 광역시·도에서 인정하는 자
- 제품사양, 구성품, 기능 및 사용법, 개인부담금 등 제품 관련사항과 장애유형과의 적합여부는 반드시 본인이 확인 후 신청해야 함
 - 제품사양, 제품사용 적격여부 등과 관련 된 자세한 사항은 해당 제품을 납품.판매하는 업체에 문의 또는 상담
- 신청서 작성이 어려운 경우에는 본인의 동의를 얻어 가족·친척, 사회복지 담당공무원, 장애인단체 관계자 등이 대신(대필)하여 작성 가능
 - ※ 단, '신청자 란'의 서명은 반드시 본인이 직접 해야 함
- 지역별, 기기별 보급 수량은 신청수요, 보조기기 가격, 장애유형별 형평성 등을 종합적으로 고려함에 따라, 고가 정보통신 보조기기의 경우 신청자가 많아 보급이 제한될 수 있음

보급대상자 선정



□ 서류평가

- 제출서류 및 수혜이력 자료를 참고하여 보급제외자를 선별하고 평가대상에서 제외

□ 심층상담(방문면접)

- 신청서 접수 이후 보조기기 사용의 적합성 등을 확인하기 위해 심층상담(방문면접) 실시
- 심층상담 대상 보조기기 : 15종(터치모니터, 점자출력기 등)
- 보급품목이 점자정보단말기, 점자출력기, 점자라벨기 신청자의 경우, 심층상담 시 점자평가를 실시하여 보급제외자 선별
 - 점자평가 결과 60점 미만은 부적격으로 심사평가대상에서 제외
- 심층상담 결과 및 점자평가결과는 전산시스템을 통해 기록 관리하고 보급대상자 선정 심사위원회에 참고자료로 제공

□ 평가 순위분류

- 우선순위 대상자를 보조기기별로 1순위, 2순위로 분류하고, 동일 순위 내에서는 보급받은 이력(수혜횟수)이 적은 자, 평가결과 고득점인 자 순으로 보급대상자 순위 결정
 - 1 순위 : 신규자(수혜이력이 없는 자), 재보급기간 경과자
 - 2 순위 : 재보급기간 미경과자이면서 신청품목과 수혜품목이 다른 경우

※ 보급제외 : 재 보급기간 미 경과자이면서 신청품목과 수혜품목이 같은 경우

※ 제품별로 1순위 우선 선정 후, 여건을 고려하여 2순위 내에서 추가 선정

<보급대상자 순위 및 그룹분류 기준>

순위	재보급기간 경과여부 (수령제품 기준)	수혜이력	순위그룹	최종 보급순서
1순위	-	신규자	①그룹	①그룹 내 고득점순
	경과	n회		
2순위	미경과 (신청품목≠수혜품목)	1회	①그룹	①그룹 내 고득점순
		2회	②그룹	②그룹 내 고득점순
		n회	㉠그룹	㉠그룹 내 고득점순
보급제외	미경과 (신청품목=수혜품목)	관계없음	-	-

<보급대상자 순위 예시>

구 분	대상자 예시 (* 예시는 재보급기간 4년인 점자정보단말기의 경우임)
1순위	- 정보통신보조기기를 지원받은 사실이 없는 신규 신청자 (예) 2013년에 점자정보단말기를 지원받은 자가 4년(재보급기간)이 경과 된 2017년 보급사업에 점자정보단말기를 신청한 사례는 1순위로 분류
2순위	- 재보급기간 미경과자이면서 기존 수혜품목과 다른 품목 신청자 (예) 2014년에 점자정보단말기를 지원받은 자가 2017년 보급사업에 독서확대기 등 타 품목의 보조기기를 신청한 사례는 2순위로 분류
보급제외	- 재보급기간 미경과자이면서 기존 수혜품목과 같은 품목 신청자 (예) 2014년에 점자정보단말기를 지원받은 자가 2017년 보급사업에 유사기능의 다른 점자정보단말기를 신청한 사례는 보급 제외

□ 순위 분류 시 고려사항

- 수령한 보조기기의 재보급기간 산정은 보조기기를 수령한 해(년도)를 포함하여 연차별로 기산하고, 해당 보조기기의 재보급기간을 기준으로 경과여부 판정
- 기존 수혜 횟수가 2회 이상인 경우, 기 수령한 보조기기 모두를 비교하여 아래의 우선 적용순서에 따라 순위그룹 구분
 - ※ 우선적용 순서 : 보급 제외 > 2 순위 > 1 순위
- 타 정부기관 등으로부터 지원받은 자가 동 사업에 신청하는 경우에는 동일분야 보조기기 신청항목에 대해서만 선정기준을 적용함 (타 분야 보조기기를 신청하는 경우 신규신청자로 분류)
 - ※ 장애인 보조기구 통합DB 중복 조회 : 사회보장정보시스템(wish.go.kr)
- 동일품목이라 함은 화면낭독S/W, 독서확대기, 점자정보단말기, 특수키보드 등의 동일 또는 유사기능별 제품 구분을 의미함
 - ※ 제품 목록의 '분야' 항목 참고
- 선정.보급 후 취소, 반품 등이 발생 할 경우, 후순위자를 대상으로추가 선정할 수 있음

□ 평가(전문가)

- 수혜이력, 자가진단결과, 활용계획서, 심층상담기록지(해당하는 경우), 점자평가결과(해당하는 경우) 등을 종합적으로 고려하여 심사평가

위원회를 구성하여 보급대상자 심사.평가

○ 평가기준

항 목	평 가 기 준		배점(점)
	등록장애인	국가유공장애인	
장애등급 (20점)	적정등급(최고등급부터 1점차)		20 ~ 15
	적정등급 외(1급부터 1점차)		15 ~ 10
경제적여건 (20점)	기초생활수급자		20
	차상위계층		17
	일 반		14
참여도 (20점)	구직자(자격취득자 등)		20
	대학, 전공과 및 고등학생		18
	중등, 초등, 유치원학생		16
	취업자(근로자, 자영업)		14
	일 반		14
보급 횟수 (20점) (신규신청, 보급횟수 등)	신규 신청		20
	수혜(보급)횟수 (재보급기간 경과자에 한함)	1회	18
		2회	16
		3회	14
		4회	12
활용도 (20점) (사용용도(분야) 적합성, 사용빈도(횟수) 등)	매우우수		20
	다소우수		19
	우 수		18
	보 통		17
	미 흡		16
	부 적 격		0

□ 보급대상자 선정

- 심사평가회의 결과에 따라 지역별 사업예산, 보급목표 등을 고려하여 제품별 보급대상자 선정
- 미 선정자는 추후 보급취소, 반품 등에 따른 예비후보자로 활용

□ 보급대상자 선정결과 발표

- 발표일 : 2018년 7월 20일(금)
 - ※ 강원도 홈페이지 공고 또는 개별 통지(SMS 등)
- 인터넷을 통해 결과 확인이 어렵거나 보급 관련 상담이 필요한 경우에는 전화(033-249-2160, 1588-2670) 문의

[서 식]

1. 정보통신보조기기 이용약관
2. 정보통신보조기기 신청서 및 활용계획서 작성요령
3. 정보통신보조기기 신청서
4. 활용계획서
5. 개인정보 수집·이용 동의서
6. 행정정보 공동이용 신청(동의)서
7. 위임장
8. 법정대리인 동의서
9. 정보통신보조기기 사용을 위한 자가 진단표

정보통신보조기기 이용약관

제1조(목적) 정보통신보조기기(이하 "보조기기"라 함)의 지원목적은 신체적,경제적으로 정보통신에 대한 접근과 활용이 어려운 장애인을 대상으로 보조기기를 보급하여 정보통신망에 대한 자유로운 접근과 정보이용을 통해 삶의 질을 향상하는데 있다.

제2조(의무사항) 관할 시.도는 보조기기를 보급하고 수혜자는 목적 달성을 위하여 보조기기를 효율적으로 관리하고 사용하는데 노력하여야 한다.

제3조(수령확인서 제출) 보조기기 수령 후 정보통신보조기기 수령확인서(방문 설치 제품에 한함) 2부를 작성하여 1부는 시.도에 제출하고 1부는 보관한다.

제4조(반품 요청) 지급한 보조기기의 반품을 요청할 경우 절차에 따라 수령일로부터 **15일 이내** 관할시.도에 신청서를 제출하여야한다. 단, 다음 각 호에 해당하는 경우에는 반품을 요청할 수 없다.

1. 수혜자의 귀책사유로 제품 전체 또는 일부가 멸실 또는 훼손된 경우
2. 단기간의 제품 사용으로 인해 상품가치가 현저히 감소한 경우
3. S/W의 경우 제품 포장을 개봉한 경우 등

제5조(신청 및 보급 철회)정보통신보조기기 업무를 수행함에 있어 단순한 과실, 착오 등으로 부적합한 보조기기를 보급한 대상자에 대하여 신청 및 보급 철회를 조치할 수 있으며 해당하는 경우 이에 반드시 응하여야 한다.

제6조(결정취소 및 회수조치) 관할시.도는 다음 각 호의 사유에 해당하는 경우 관리지침 제33조(보조기기 보급결정 취소) 및 제35조(보조기기 회수)에 따라 지원결정 취소 및 지원기기를 회수할 수 있으며 당초 보조기기 지원을 위하여 보급대상자가 부담한 개인부담금은 보상하지 아니하고 향후 동 사업의 지원을 하지 아니한다.

1. 보조기기를 허위 또는 부정한 방법으로 지원받은 경우
2. 보조기기 수령 후 타인에게 양도하는 경우
3. 보조기기를 방치하고 사용하지 않는 자

제7조(반납) 보조기기를 사용할 수 없는 사유가 발생한 경우 자진 의사에 따라 그 사유를 명시하여 관할시.도에 기증할 수 있다.

제8조(유지보수) 보조기기 수령 후 무상유지보수 기간까지 납품업체에 유지보수를 신청할 수 있다. 단 이용과정에서 사용자의 부주의로 인해 발생한 유지.보수에 대한 비용은 사용자가 부담하여야 하고 전반적인 사항은 납품업체 규정에 따른다. 기타 유지보수와 관련된 분쟁 발생시 소비자보호원 등 관련기관을 통해 해결한다.

제9조(실태 및 만족도 조사) 보조기기 지원 후 관리실태 점검을 위하여 관계기관에서 실시하는 전화 또는 방문조사에 성실히 응하여야 한다.

제10조(개인정보) 신청 시 제공한 개인정보에 대해 관할시.도 및 한국정보화진흥원은 보다 나은 서비스 제공과 정책수립을 위하여 수집 및 활용한다.

제11조(기타) 이용약관에 명시되지 않은 사항은 한국정보화진흥원의 정보통신 보조기기 보급사업 관리지침을 준용한다.

정보통신보조기기 신청서 및 활용계획서 작성요령

※ 신청서 및 세부 활용계획서 작성이 어려운 경우에는 가족(법정대리인), 자치단체공무원, 사회복지사, 정보화도우미 또는 방문강사, 장애인단체 상담원 등이 신청인의 동의를 얻어 대신 작성(대필) 가능

<신청서 작성요령>

1. 정보통신보조기기를 신청하기 전에 ‘사업안내 및 제품설명서’를 통해 장애유형에 적합한 제품을 확인하고 이용약관 등 안내사항을 숙지 후 신청하시기 바랍니다.
※ 대필자의 경우 위의 내용을 반드시 신청인에게 설명 및 확인하여 주시기 바랍니다.
2. 신청서 ‘①신청자’는 보급대상자 선정통보, 보조기기 보급 및 설치 등에 필요한 사항으로 빠짐없이 모두 기재 또는 표시하여 주십시오.(필수)
 - 주민등록지 주소는 해당 관서에 등록된 주소를 기재하고 ‘기기배송주소’에는 실제 설치하여 사용할 주소를 명기(주민등록지 주소와 같을 경우에는 “상동”으로 표기)
 - 연락처는 직접 연락 가능한 본인의 전화번호를 기재하고 추가로 연락이 가능한 대리인의 연락처도 ⑧항에 반드시 함께 기재(청각·언어장애인은 대리인 연락처를 반드시 작성)
※ 연락처를 기재하지 않거나 정확하지 않을 시 보급이 취소 될 수 있음
3. 신청서 ‘②장애 관련사항’은 본인의 장애와 관련한 사항을 기재해 주십시오.(필수)
 - 등록장애인, 국가유공장애인 중 해당하는 유형에 작성
 - 장애인증명서, 국가유공자증명서 등에 기재된 내용과 동일하게 주장애, 부장애, 종합장애등급을 기재(중복장애의 경우 부장애 반드시 기재)
4. 신청서 ‘③신청 보조기기’는 신청을 희망하는 정보통신보조기기에 대한 제품명 및 개인부담금을 기재해 주십시오.(필수)
 - 개인부담금은 한국정보화진흥원 또는 접수처에서 제공하는 ‘제품설명서’를 참고하여 작성하고 기초생활수급자, 차상위계층의 경우 해당하는 금액을 기재
5. 신청서 ‘④사회활동’은 해당하는 항목에 표시해 주십시오.(필수)
 - ‘④사회활동’에서 표시한 경우 관련 증빙을 반드시 첨부하여야 함
 - ‘가.취업자’의 경우 재직증명서(만 3개월 이상 계속 근로자), 사업자등록증(자영업자)을 첨부
 - ‘나.구직자’의 경우 취업훈련확인서(취업훈련생), 구직활동확인서(구직자), 국가공인자격증(자격증보유자)를 첨부
 - ‘다.학생’의 경우 재학증명서(재학생), 졸업증명서(3년 이내 졸업생)를 첨부
 - ‘라.일반’은 가, 나, 다에 모두 해당하지 않은 경우에 체크(증빙 불필요)
6. 신청서 ‘⑤정보통신보조기기 사용을 위한 자가진단’은 해당하는 항목에 표시

해 주십시오.(필수)

- 사업안내문에 있는 『정보통신보조기기 사용을 위한 자가진단표』를 확인 후 모두 적합한 경우 '적합'에 표시
- 자가진단 항목에 1개라도 부적합한 경우 부적합으로 표시하시고 동 대상자의 경우는 신청대상자가 아님

7. 신청서 '⑥보유중인 보조기기 내역'은 해당하는 항목에 표시 및 내용을 기재해 주십시오.(해당하는 경우 필수)

- '보유형태'는 정부 또는 민간에서 지원받은 경우 '기관지원' 항목에 체크하고 정확한 기관명칭을 기재하며, 개인 또는 친인척에 의해 구매 또는 양도받은 경우 '개인구매' 항목에 표시
- '수령(구매)일' 항목은 제품을 수령 또는 구매한(양도받은) 연월일을 기재
※ **제품** 보유사실을 정확하게 기재하지 않을 경우 보급 대상에서 제외될 수 있음

8. 신청서 '⑦신청기기에 대한 특징, 사양 확인'은 해당하는 항목에 표시해 주십시오.(필수)

- 정보통신보조기기 신청 전 반드시 제품사양, 기능, 성능, 특징, 사용법, 보급일정에 대해 확인하여야 하며 확인하지 않은 경우 신청접수가 되지 않을 수 있습니다.

9. 신청서 '⑧법정대리인 동의'은 신청인이 만 19세 미만의 경우 반드시 법정대리인 해당 항목에 기재후 법정대리인 동의서를 제출해 주십시오.(해당하는 경우 필수)

- 법정대리인동의서 제출시 법정대리인임을 증빙할 수 있는 서류를 포함하여 제출하여주시기 바랍니다.

10. 신청서 '⑨대필자(대리작성자)'은 신청인이 직접 서류작성이 어려워 대필하는 경우 작성하여주시고 대필하여 작성하는 내용의 모든 책임은 신청자에게 있습니다.

- 대필자(대리작성자)는 법정대리인 이외의 자로 모든 작성 내용에 대해 신청자의 동의를 확인 후 작성하시기 바랍니다.
- 대필자(대리작성자)가 작성한 내용이 신청자의 의도와 달라서 발생하는 모든 책임은 신청자에게 있습니다.

11. 신청서 '⑩ 이용약관 동의'는 신청서에 첨부된 '정보통신보조기기 이용약관'을 반드시 읽어보고 동의할 경우 동의 항목에 표시해 주십시오.(필수)

<활용계획서 작성요령>

1. 활용계획서는 신청자의 장애수준, 정보통신보조기기 활용여건 등을 고려하여 자세하게 작성하되 타인의 활용계획서와 동일하게 작성하는 경우 모두 불이

익을 받을 수 있습니다.

2. 활용계획서 ‘①신청사유’는 정보통신보조기기가 필요한 사유를 자세히 기재해 주십시오

3. 활용계획서 ‘②장애정도’는 장애정도를 파악할 수 있도록 장애부위 및 신체 불편사항을 신청코자하는 정보통신보조기기와의 적합성을 고려하여 자세히 기재해 주십시오.

- 시각장애의 경우 전맹·저시력 여부, 저시력의 경우 시력 및 시야결손 정도 등을 자세히 기재
- 지체·뇌병변장애의 경우 상지·하지 여부, 상지장애의 경우 불편부위 및 동작범위 등 기재
- 청각·언어장애의 경우 청력 손실정도, 언어구사를 통한 의사전달 정도 기재

4. 활용계획서 ‘③자가진단 결과’는 『정보통신보조기기 사용을 위한 자가진단표』에서 해당하는 항목을 기재 후 결과에 표시 하여 주십시오.

- 예를 들어 ‘화면낭독S/W’ 품목을 신청하는 경우 ‘정보통신보조기기 사용을 위한 자가진단 항목’에 아래의 내용을 모두 기재하고 ‘결과’에 표시

<정보통신보조기기 사용을 위한 자가진단 결과 항목 작성 예시>

정보통신보조기기 사용을 위한 자가진단 항목	결과
1. S/W 구동이 가능한 최소 사양의 PC를 보유하고 사용이 가능하여야 함	<input checked="" type="checkbox"/> 적합 <input type="checkbox"/> 부적합
2. 청력에 이상이 없어야 함	<input checked="" type="checkbox"/> 적합 <input type="checkbox"/> 부적합
3. 업그레이드 제품의 경우에는 기존에 적합한 하위버전의 제품을 보유하여야 함	<input checked="" type="checkbox"/> 적합 <input type="checkbox"/> 부적합

5. 활용계획서 ‘⑤직업유형’은 해당항목에 표시 하여 주십시오.(중복 가능)

- 전문직에 표시한 경우에는 해당하는 직업에 ○표하고,
- 해당하는 직업유형이 없을 경우에는 ‘기타’란에 기재

6. 활용계획서 ‘⑥보조기기 대체수단’에는 신청 보조기기를 사용하지 않을 경우 대체할 수 있는 수단 또는 현재 사용하고 있는 보조기기를 자세하게 기재하여 주십시오.

7. 활용계획서 ‘⑦사용기간’은 정보통신보조기기 예상 사용기간을 작성하여 주십시오. 다만, 1년 미만 사용자의 경우 정보통신보조기기 보급이 될 수 없습니다.

8. 활용계획서 ‘⑧활용계획’의 ‘나.사용계획’은 아래의 작성예시를 참고하여 작성하여 주십시오.

<작성예시>

교사임용고시 시험을 준비하면서 집, 학원에서 새벽부터 하루 10시간씩 0개월째 공부하고 있는데 시각장애로 불편한 상황임.

또한, 주변에 학원 및 보조기기가 구비되어 있는 곳이 없어 불편한 상태에서 공부를 하고 있었으며 간혹 도서관에 있는 보조기기를 활용하여 공부하고 있음. **OO과목, OO과목에 대한 교재의 내용을 확대해서 반복 학습하는데 주로 사용할 계획임.**

전에 학교에 다닐 때 유사한 제품인 OOO를 약 3년간 사용해서 기본사용법은 숙지하고 있음. 학습용도 이외에 일상생활에서는 그 동안 볼 수 없었던 신문을 보고 사회, 경제를 살펴보고 동료와 의견을 나누고 각종 고지서 내용을 확인하여 혼자서 금융업무도 할 계획임

정보통신보조기기 신청서

※ 고가 및 패키지 제품 신청자 등을 대상으로 관계기관이 방문상담을 요청할 경우, 반드시 응해야 합니다
 ※ 정보통신보조기기 신청서 및 활용계획서 작성요령을 반드시 숙지하신 후 작성하시기 바랍니다

① 신청자 (는 해당란에 표시)

성 명	주민등록번호			
주민등록주소 (-)	-			
기기배송주소 (-)				
연락처	전 화	휴대폰	팩 스	(선택)
경제적여건 <input type="checkbox"/> 기초생활수급자 <input type="checkbox"/> 차상위계층 <input type="checkbox"/> 해당없음				

② 장애 관련사항(아래 가, 나 중 해당하는 유형에 작성)

가. 등록장애인	주장애 ()장애 급	부장애 ()장애 ()급	종합장애등급 ()급
나. 국가유공자	()장애 [※상이부위에 해당하는 유형 선택], 상이등급 ()급, 보훈번호 ()		

③ 신청 보조기기 ※ 심층상담 제품의 경우, 해당 지자체 보급기준에 의하여 상담이 제한될 수 있음

제 품 명	개인부담금
	원

④ 사회활동(아래의 중 해당하는 경우 표시) ※평가우선기준 : 가>나>다>라

가. 구직자	<input type="checkbox"/> 취업훈련생 <input type="checkbox"/> 구직자 <input type="checkbox"/> 자격증보유자
나. 학 생	<input type="checkbox"/> 유치원 <input type="checkbox"/> 초등학교 <input type="checkbox"/> 중학교 <input type="checkbox"/> 고등학교 <input type="checkbox"/> 대학, 대학교 등
다. 취업자	<input type="checkbox"/> 근로자 <input type="checkbox"/> 자영업자
라. 일 반	<input type="checkbox"/> 가, 나, 다에 해당하지 않는 경우

⑤ 정보통신보조기기 사용을 위한 자가진단(자가진단표는 신청안내문 참조)

자가진단 결과	<input type="checkbox"/> 적합 <input type="checkbox"/> 부적합(부적합자는 신청하실 수 없습니다.)
---------	--

⑥ 정보통신보조기기 보유내역 ※개인구매 또는 정부·민간 등 지원받은 경우 기재

구분	보유형태	제품명	수령(구매)일
1	<input type="checkbox"/> 기관지원(기관명:) <input type="checkbox"/> 개인구매		년 월 일
2	<input type="checkbox"/> 기관지원(기관명:) <input type="checkbox"/> 개인구매		년 월 일

⑦ 신청기기에 대한 특징, 사양 확인(는 해당란에 모두 표시)

본인은 ③항의 정보통신보조기기와 관련하여 제품 사양, 기능, 성능, 특징, 사용법, 보급일정과 관련한 정보를 (홈페이지 홍보물 상담 교육 전시회 기타)를 통해 확인하였습니다.

⑧ 법정대리인 ※만 19세 미만자의 경우 반드시 법정대리인이 동의하여야 합니다.

성 명	주민번호
법적관계	연 락 처

⑨ 대필자(대리작성자) ※반드시 신청인의 동의를 받아 작성하여야 합니다.

성 명	관 계	※상세히 작성
전 화	휴대폰	

⑩ 이용약관 ※보조기기 신청을 위해 반드시 이용약관에 동의하여야 합니다.

이용약관 동의	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
---------	---

상기와 같이 정보통신보조기기를 신청하며, 보급대상자로 선정될 경우 개인부담금을 지정된 납품 업체 계좌로 납부하고 이용약관을 준수하겠습니다.
 주민등록번호의 경우 국가정보화기본법 시행령 제33조 3항에 의거하여 불가피하게 수집하고 있습니다

붙임 1. 활용계획서 1부
 2. 개인정보 수집이용 동의서 1부
 3. 행정정보 공동이용 신청(동의)서 1부
 4. 정보통신보조기기 이용약관 1부

년 월 일

신 청 인 성명 : (서명 또는 인)
 법정대리인 성명 : (서명 또는 인)

○○○○ 시장·도지사 귀하

첨부서류	1. 장애인증명서 또는 국가유공자확인원 1부(필수, 단 행정정보 공동이용 동의시 제외) 2. 주민등록등본 1부(필수, 단 행정정보 공동이용 동의시 제외) 3. 국민기초생활수급자 증명서(해당자 필수, 단 행정정보 공동이용 동의시 제외) 또는 차상위계층 확인서 1부. 4. 사회활동 관련 증빙서류 (자세한 내용은 <신청서 작성안내> 참고) 5. 위임장 1부.(해당자(대리인 신청시) 필수) 6. 법정대리인 동의서 1부(해당자(신청자가 미성년자인 경우) 필수)
-------------	---

활용계획서

※ 대필(대리)하여 신청서를 작성하는 경우에는 신청자의 활용여건, 신청서 및 활용계획서 작성요령을 참고하여 작성요망(타인의 활용계획서와 동일한 경우 불이익을 받을 수 있음)

①신청사유	※ 보조기기 필요성을 자세히 기재												
②장애정도	※ 장애정도를 파악할 수 있도록 장애부위 및 신체 불편사항을 신청 보조기기의 적합성을 고려하여 자세히 기재												
③정보통신보조기기 사용을 위한 자기진단 결과	<p>※ 정보통신보조기기 정보통신보조기기 사용을 위한 자가진단 항목 모두 작성 후 결과 체크</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #d9e1f2;"> <th style="width: 70%;">정보통신보조기기 사용을 위한 자가진단 항목 (진단코드 기재)</th> <th style="width: 30%;">결 과</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td><input type="checkbox"/> 적합 <input type="checkbox"/> 부적합</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td><input type="checkbox"/> 적합 <input type="checkbox"/> 부적합</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td><input type="checkbox"/> 적합 <input type="checkbox"/> 부적합</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td><input type="checkbox"/> 적합 <input type="checkbox"/> 부적합</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td><input type="checkbox"/> 적합 <input type="checkbox"/> 부적합</td> </tr> </tbody> </table>	정보통신보조기기 사용을 위한 자가진단 항목 (진단코드 기재)	결 과	1.	<input type="checkbox"/> 적합 <input type="checkbox"/> 부적합	2.	<input type="checkbox"/> 적합 <input type="checkbox"/> 부적합	3.	<input type="checkbox"/> 적합 <input type="checkbox"/> 부적합	4.	<input type="checkbox"/> 적합 <input type="checkbox"/> 부적합	5.	<input type="checkbox"/> 적합 <input type="checkbox"/> 부적합
정보통신보조기기 사용을 위한 자가진단 항목 (진단코드 기재)	결 과												
1.	<input type="checkbox"/> 적합 <input type="checkbox"/> 부적합												
2.	<input type="checkbox"/> 적합 <input type="checkbox"/> 부적합												
3.	<input type="checkbox"/> 적합 <input type="checkbox"/> 부적합												
4.	<input type="checkbox"/> 적합 <input type="checkbox"/> 부적합												
5.	<input type="checkbox"/> 적합 <input type="checkbox"/> 부적합												
④사용용도	<input type="checkbox"/> 취업활동(근로,구직) <input type="checkbox"/> 학습활동 <input type="checkbox"/> 의사소통 <input type="checkbox"/> 여가활동												
⑤직업유형 ※ 해당사항에 체크 (중복선택 가능)	<input type="checkbox"/> 전문직(교수, 교사, 의료인, 문학가, 예술가, 방송인, 정치인, 기타[]) <input type="checkbox"/> 안마사 <input type="checkbox"/> 사무관리직 <input type="checkbox"/> 생산/기술직(단순노무) <input type="checkbox"/> 전업주부 <input type="checkbox"/> 판매/서비스직 <input type="checkbox"/> 사회복지시설 관련 종사자 <input type="checkbox"/> 학생 <input type="checkbox"/> 자원봉사자(개월) <input type="checkbox"/> 무직 <input type="checkbox"/> 기타() ※ 기타는 공무원교사 임용시험 준비생, 사법시험 등												
⑥보조기기 대체수단	※ 신청 보조기기를 사용하지 않을 경우 대체할 수 있는 수단 또는 현재 사용하고 있는 보조기기를 자세하게 기재												
⑦사용기간	<input type="checkbox"/> 1년 미만 <input type="checkbox"/> 1년 <input type="checkbox"/> 2년 <input type="checkbox"/> 3년 <input type="checkbox"/> 4년 <input type="checkbox"/> 5년이상												
⑧활용계획	가. 사용시간 : 일주일에 총 ()회, 총 ()시간 사용 나. 주요 사용계획<※ 신청서 작성요령의 '작성예시' 참고>												

개인정보 수집·이용 동의서

① 개인정보 수집·이용에 대한 동의

1. 수집하는 개인정보 항목 및 수집방법	<p>주소지 관할 광역시·도 및 한국정보화진흥원은 장애인 정보통신보조기기 보급사업 신청, 보급대상자 선정 관리 등을 위해 아래와 같이 개인정보를 수집하고 있습니다. (관계법령 : 국가정보화기본법시행령 제33조)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 수집항목 <ul style="list-style-type: none"> - 필수정보 <ul style="list-style-type: none"> .성명, 비밀번호, 전화번호, 주민등록지 주소, 경제적 여건, 사회활동내용, 신청제품명, 보조기기 활용계획 - 선택정보 <ul style="list-style-type: none"> .배송지주소, 팩스번호, 보유내역, 휴대전화번호, 법정대리인 정보(성명, 주민등록번호, 법적관계, 연락처), 대리작성자(성명, 관계, 전화, 휴대전화), 심층상담내용 ○ 수집방법 : 개인정보는 온라인, 오프라인으로 정보통신보조기기 신청서 접수 절차를 통해 수집됩니다.
2. 개인정보의 수집 및 이용목적	<p>주소지 관할 광역시·도 및 한국정보화진흥원은 수집한 개인정보를 다음의 목적을 위해 활용합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 정보통신보조기기 보급대상자 선정심사, 중복보급 방지, 기기 배송 및 설치를 위한 배송업체 제공, 기기보급 사후관리
3. 개인정보의 보유 및 이용기간	<p>주소지 관할 광역시·도 및 한국정보화진흥원은 정보통신보조기기 보급사업 신청일로부터 보급이력 해지시까지 신청 및 보급이력 등에 관한 개인정보를 보유 및 이용하게 되며, 수집된 개인정보는 원칙적으로 개인정보 보유·이용목적이 달성되거나 보유·이용기간이 종료한 경우 지체없이 파기합니다.</p>
4. 복지정보 연계 활용	<p>업무담당자가 대상자 선정 및 보급의 적정성 확인을 위한 목적으로 법령 등에 의한 복지사업의 수혜이력정보를 정부 관계기관으로부터 제공받거나 정보통신망을 통해 확인할 수 있음에 동의합니다.(관계법령 : 사회보장기본법 제37조)</p>
5. 개인정보의 제공	<p>상기 목적에 의해 수집된 개인정보는 관련법령에 따라 정보통신보조기기 업무를 처리하는 국가 기관, 한국정보화진흥원 위탁 정보통신보조기기 심층 상담원에 제공되며, 정보통신보조기기 보급을 위해 납품업체 및 배송업체에 위탁처리 할 수 있습니다.</p>
6. 동의를 거부할 권리 및 동의 거부에 따른 불이익	<p>정보주체는 개인정보의 수집·이용에 대한 동의를 거부할 수 있으며, 동의하지 않는 경우 정보통신보조기기 신청이 제한될 수 있습니다.</p>
<p>개인정보 수집·이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음</p>	

② 개인정보 제3자 제공에 관한 동의

1. 개인정보의 제공	<p>주소지 관할 광역시·도 및 한국정보화진흥원은 정보통신보조기기 보급사업의 원활한 추진을 위하여 아래와 같이 개인정보를 제공하고 있으며, 해당 목적 이외의 용도로는 제공하지 않습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 제공정보의 이용목적 : 중복보급 방지, 정보통신보조기기 보급 및 법령 등에 의한 복지사업의 적정한 대상자 선정 및 관리 - 제공대상 : 1)법령 등에 의한 복지사업을 수행하는 국가기관 2)정보통신보조기기 납품업체 3) 정보통신보조기기 심층상담원, 4)정보통신보조기기 보급대상자 평가위원 ※ 납품업체 현황 및 연락처는 매년 웹사이트(www.at4u.or.kr)를 통해 고지하고 심층상담원 및 평가위원은 해당 광역시·도에서 명단 관리함 - 제공 개인정보 항목/보유·이용기간 <ul style="list-style-type: none"> 1)법령 등에 의한 복지사업을 수행하는 국가기관 : 성명, 주소, 신청(보급)제품명, 주민등록번호, 장애유형 및 장애등급, 보급일 또는 수령일/ 문서(5년), DB서버(운영구) 2)정보통신보조기기 납품업체 : 성명, 제품명, 개인부담금액, 주소, 전화번호, 대리인 성명 및 연락처(해당시)/보급완료 시까지 3)정보통신보조기기 심층상담원 : 성명, 제품명, 전화번호, 주소, 장애유형 및 장애등급/상담완료 시까지 4)정보통신보조기기 보급대상자 평가위원 : 제품명, 사회활동내용, 장애유형, 장애등급, 장애정도, 활용계획, 점자평가 등 별도로 정하여 안내한 사항(평가완료 시까지)
2. 동의를 거부할 권리 및 동의 거부에 따른 불이익	<p>정보주체는 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의를 거부할 수 있으며, 동의하지 않는 경우 정보통신보조기기 신청이 제한될 수 있습니다.</p>
<p>개인정보의 제공에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음</p>	

③ 고유식별정보 처리의 동의

1. 수집하는 고유식별정보 항목	주민등록번호
2. 개인정보 수집 및 이용목적	주소지 관할 광역시·도 및 한국정보화진흥원은 장애인 정보통신보조기기 보급사업 신청, 보급대상자 선정 관리 등을 위해 고유식별정보를 수집·이용합니다. 수집된 고유식별정보는 해당 목적 이외의 용도로는 이용되지 않습니다.
3. 개인정보의 보유 및 이용기간	- 온라인(DB서버) : 준 영구(보급이력 해지시까지, 중복수혜방지를 위한 준영구 보존) - 오프라인(문서) : 개인정보는 수집·이용에 관한 동의일로부터 보유목적 달성시까지(5년)
4. 개인정보의 제공	상기 목적에 의해 수집된 개인정보는 관련법령에 따라 정보통신보조기기 업무를 처리하는 국가 기관에 제공합니다.
5. 동의를 거부할 권리 및 동의 거부에 따른 불이익	정보주체는 고유식별정보의 수집·이용에 대한 동의를 거부할 수 있으며, 동의하지 않는 경우 정보통신보조기기 신청이 제한될 수 있습니다.
고유식별정보를 수집·이용하는 것을 확인하였습니다. <input type="checkbox"/> 확인함	

④ 민감정보 처리의 동의

1. 수집하는 민감정보 항목	장애유형, 장애등급(상이등급), 장애정도(상이처)
2. 개인정보 수집 및 이용목적	주소지 관할 광역시·도 및 한국정보화진흥원은 장애인 정보통신보조기기 보급사업 신청, 보급대상자 선정 관리 등을 위해 민감정보를 수집·이용합니다. 수집된 민감정보는 해당 목적 이외의 용도로는 이용되지 않습니다.
3. 개인정보의 보유 및 이용기간	- 온라인(DB서버) : 준 영구(보급이력 해지시까지, 중복수혜방지를 위한 준영구 보존) - 오프라인(문서) : 개인정보는 수집·이용에 관한 동의일로부터 보유목적 달성시까지(5년)
4. 개인정보의 제공	상기 목적에 의해 수집된 개인정보는 관련법령에 따라 정보통신보조기기 업무를 처리하는 국가기관, 상담업무를 처리하는 정보통신보조기기 심층상담원, 보급대상자 선정을 위한 평가위원회에 제공합니다.
5. 동의를 거부할 권리 및 동의 거부에 따른 불이익	정보주체는 민감정보의 수집·이용에 대한 동의를 거부할 수 있으며, 동의하지 않는 경우 정보통신보조기기 신청이 제한될 수 있습니다.
민감정보 수집·이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	

* 미성년자의 경우 반드시 법정대리인의 동의가 필요합니다.

* 타인명의 도용과 같은 부정한 방법에 의하여 개인정보를 침해 또는 누설하는 경우 관련법에 의해 처벌을 받을 수 있습니다.

[개인정보 수집기관별 개인정보보호 담당자]

주소지 관할 광역시·도			
개인정보보호 분야별 책임관(과장)		개인정보 취급자	
담당부서		담당부서	
성 명		성 명	
전 화		전 화	
이메일		이메일	

한국정보화진흥원			
개인정보보호 분야별 책임관(부장)		개인정보 취급자	
담당부서	디지털격차해소팀	담당부서	디지털격차해소팀
성 명	박 중 선	성 명	지 훈
전 화	053-230-1381	전 화	02-6191-2012
이메일	sun@nia.or.kr	이메일	hoon@nia.or.kr

본인은 위의 동의서 내용을 충분히 숙지했으며 주소지 관할 광역시·도, 한국정보화진흥원이 보다 나은 서비스 제공과 정책 수립을 위하여 개인정보를 수집, 이용하는 것에 동의합니다.

20 년 월 일

성명 : (서명)

(해당하는 경우) 법정대리인 성명 : (서명)

행정정보 공동이용 신청(동의)서

<이용안내 및 유의사항>

- 정보통신보조기기 신청서의 처리를 위하여 전자정부법 제8조, 제36조에 따라 행정정보공동이용시스템을 이용하는 경우 본 「행정정보 공동이용 신청(동의)서」를 작성·제출하여야 하며, 이때 해당하는 신청서류는 별도로 제출하실 필요가 없습니다.
- 행정정보공동이용시스템을 이용하기 위하여서는 OO시·도 담당공무원이 행정정보공동이용시스템을 통해 보급대상자임을 확인할 수 있도록 아래의 **행정정보 공동이용 “신청(동의)여부”란에 서명(또는 인)을 하시면 됩니다.**
- 행정정보 공동이용 신청(동의)서에 동의하는 경우 서명 또는 도장 날인 후 신청서 등록시스템에 파일업로드하거나 접수처에 신청서와 함께 우편, 방문 등의 방법으로 제출하여야 합니다.
- 아래에 기재된 구비서류 정보는 해당 사무 이외의 용도로 사용될 수 없으며, 만약 전자적 확인에 대하여 본인이 동의하지 아니하는 경우는 본인의 선택에 따라 서류로 대신 제출할 수 있습니다.
- 아래의 행정정보(구비서류)에 해당하지 않은 증빙서류의 경우 개인이 준비하여 홈페이지 (www.at4u.or.kr) '보조기기 신청' 메뉴에 파일업로드하거나 접수처에 신청서와 제출하여야 합니다.

1. 민원(고객)사무의 명칭 : 정보통신보조기기 보급·신청

2. 행정정보(구비서류) 공동이용 내용

행정정보 구분	동의여부(동의 시 서명 또는 인)
장애인 증명서 (해당되는 경우)	
수급자 증명서 (해당되는 경우)	
국가유공자 확인서 (해당되는 경우)	
주민등록등본 (공통)	

※ 동의여부는 해당되는 곳에 모두 서명

3. 이용기관의 명칭 : OO시·도청 OOOOOO실

- ※ 행정정보공유서비스를 통해 보급대상자임을 우선 확인한 후, 대상자로 확인되지 않는 경우 별도의 증빙서류를 요구할 수 있음
- ※ 행정정보 공동이용 신청(동의)서를 제출하지 않을 경우, 보급대상자임을 증빙하는 모든 서류를 제출해야 함

[별지 제14호 서식]

※ 신청자가 성인이면서 대리인을 통해 신청서를 작성하는 경우, 반드시 작성하여 제출해야 합니다.

위임장

○ 보급신청 정보통신보조기기

제품명			
제품가격	0원	개인부담금	원

○ 대리신청자(수임자)

성명		주민등록번호	-
주소	(-)		
전화번호		신청자와관계	

상기 대리신청자에게 20 년 정보통신보조기기 보급 신청에 관한 일체의 행위를 위임합니다.

20 년 월 일

(신청자(위임자))

성 명 : (인)

주민등록번호 :

주 소 :

전 화 번 호 :

※ 구비서류 : 주민등록등본 1부

(유의사항)

신청자의 명의 및 인장, 사인 등을 도용하여 허위로 위임장을 작성·신청한 경우, 신청이 취소될 수 있으며, 형법 등에 따라 처벌을 받을 수 있습니다.

※ 신청자가 미성년자인 경우, 반드시 작성하여 제출해야 합니다.

법정대리인 동의서

○ 보급신청 정보통신보조기기

제품명			
제품가격	원	개인부담금	원

○ 신청자

성명		주민등록번호	-
주소	(-) 주민등록상 주소 표기		
전화번호			

상기 신청인의 법정대리인으로서 민법 제5조에 의거, 신청자 명의로 20 년 정보통신보조기기 보급신청을 동의 및 허락 합니다.

20 년 월 일

(법정대리(후견)인)

성 명 : (인)

신청인과관계 :

주민등록번호 :

주 소 :

전 화 번 호 :

※ 구비서류 : 주민등록등본 또는 가족관계증명서나 후견인증명서류 1부

(유의사항)

법정대리인의 명의 및 인장, 사인 등을 도용하여 허위로 동의서를 작성·신청한 경우, 신청이 취소될 수 있으며, 형법 등에 따라 처벌을 받을 수 있습니다.

정보통신보조기기 사용을 위한 자가진단표

[※ 자가진단시 유의사항]

- 아래의 자가진단 내용 확인 후 신청서의 「⑤ 정보통신보조기기 사용을 위한 자가진단」 항목 및 활용계획서의 「③ 자가진단 결과」에 진단내용을 체크하여 주시기 바랍니다.
- 아래의 진단내용 중 ‘최소사양’은 홈페이지(www.at4u.or.kr)의 제품 설명서를 참조하시기 바랍니다.
- 결과는 ‘예’, ‘아니오’ 중에서 선택하시기 바랍니다. 단, 진단내용 중 1개라도 ‘아니오’를 선택한 경우에는 보급대상이 되지 않을 수 있으니, ‘아니오’가 있는 경우에는 다른 적합한 제품을 선택하시기 바랍니다.

품 목	해당제품	진단내용	진단코드	결과	
시각 장애 유형					
화면낭독 SW	①센스원 베이직 ②센스리더 더 넥스트 ③센스리더 베이직 ④쥬텍스트11	<ul style="list-style-type: none"> · 음성 정보를 듣기 위한 청력에 이상이 없습니까? · 설치, 구동 가능한 최소 사양의 PC(노트북)를 보유하고 사용이 가능합니까? · 출력되는 음성을 듣기위한 사운드 장치를 구비하고 있습니까? 	AA-01 AA-02 AA-03	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
	(업그레이드용) ①센스리더(P2N) ②센스리더(B2N)	<ul style="list-style-type: none"> · 음성 정보를 듣기 위한 청력에 이상이 없습니까? · 설치, 구동 가능한 최소 사양의 PC(노트북)를 보유하고 사용이 가능합니까? · 출력되는 음성을 듣기위한 사운드 장치를 구비하고 있습니까? · 해당SW에 적합한 하위버전의 제품을 보유하고 있습니까? 	AB-01 AB-02 AB-03 AB-04	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
	※ 센스리더 익스텐드 버전 사용자는 업그레이드 대상이 아님				
독서확대기 (탁상용)	①오닉스 HD 24 ②클리어뷰 C 24 HD ③프로디지 컨넥트 12 ④트레블라 HD 13 ⑤아이러뷰13 ⑥다빈치 Pro ⑦모조 스탠드 ⑧머린 Ultra ⑨아크로벳LCD HD ⑩메조 ⑪베오 ⑫센스뷰 비전 ⑬센스뷰 비전 프로 ⑭라이프스타일 HD/24 ⑮비지오북	<ul style="list-style-type: none"> · 중증의 시각장애인으로 해당기기의 배울/대비/명암을 조정하여 대상물의 인지가 가능합니까? · 메뉴 조작을 위해 팔을 어깨 높이까지 들어 올릴 수 있고 팔, 손가락 근력 및 신체적 조절능력이 있습니까? · 1년 이상 제품을 사용할 수 있습니까?(진행성 시각장애의 경우 진행고려) 	BA-01 BA-02 BA-03	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
	①트랜스포머 OCR	<ul style="list-style-type: none"> · 중증의 시각장애인으로 해당기기의 배울/대비/명암을 조정하여 대상물의 인지가 가능합니까? · 메뉴 조작을 위해 팔을 어깨 높이까지 들어 올릴 수 있고 팔, 손가락 근력 및 신체적 조절능력이 있습니까? · 1년 이상 제품을 사용할 수 있습니까? (진행성 시각장애의 경우 진행고려) · 연결하여 사용할 수 있는 모니터(노트북 포함)를 보유하고 있습니까? 	BB-01 BB-02 BB-03 BB-04	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
독서확대기 (휴대용)	①아이러뷰7 ②루비 XL HD 5 ③컴팩 6 HD ④컴팩 7 HD ⑤루비 7 HD ⑥모조 ⑦아미고HD ⑧조디 ⑨페블 HD ⑩캔디5 HDII	<ul style="list-style-type: none"> · 중(경)증의 시각장애인으로 해당기기의 배울/대비/명암을 조정하여 대상물의 인지가 가능합니까? · 해당기기의 휴대 및 사용하는데 팔의 떨림 현상이 없습니까? · 그림보다는 글자위주의 확대 용도로 사용하길 원하십니까? · 1년 이상 제품을 사용할 수 있습니까?(진행성 시각장애의 경우 진행고려) 	BC-01 BC-02 BC-03 BC-04	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	

품 목	해당제품	진단내용	진단코드	결과
	①캔디4 HD ②소리안탭 10.1 ③익스플로어 8 HD ④클로버 10 HD			
점자정보 단말기	① 한소네 U2 ② 한소네 5 ③ 한소네 U2 쿼터 ④ 한소네 포켓(U2 미니)	· 단말기를 사용할 수 있을 정도의 팔, 손가락 근력 및 신체조절기능 이 있습니까? · 점자를 숙지하고 읽을 수 있습니까? ※ 점자평가에 응하여야 하고, 점자평가 결과가 60점 이상이어야 함	CA-01	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			CA-02	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
점자출력기	①닷 워치 ②스마트 비틀	· 단말기를 사용할 수 있을 정도의 팔, 손가락 근력 및 신체조절기능 이 있습니까? · 점자를 숙지하고 읽을 수 있습니까? ※ 점자평가에 응하여야 하고, 점자평가 결과가 60점 이상이어야 함	DA-01	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
		· 연동가능한 화면낭독S/W가 설치된 PC나 단말기(iOS, 안드로이드)를 보유하고 있습니까?	DA-02	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			DA-03	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
데이지 플레이어	①3STAR ②책마루2 OCR ET	· 음성 정보를 듣기 위한 청력에 이상이 없습니까? · 단말기를 사용할 수 있을 정도의 팔, 손가락 근력 및 신체조절기능 이 있습니까? · 데이지(DAISY) 플레이어 주요 콘텐츠를 보유하고거나 사용할 수 있습니까? ※ 주요 콘텐츠 : 데이지(DAISY) 포맷을 지원하는 컴퓨터 파일	EA-01	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			EA-02	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			EA-02	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
광학문자 판독기	①소리안 썬더 ②노바캠리더 ③책마루2 OCR EZ	· 음성 정보를 듣기 위한 청력에 이상이 없습니까? · 단말기를 사용할 수 있을 정도의 팔, 손가락 근력 및 신체조절기능 이 있습니까?	FA-01	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			FA-02	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
점자라벨기	①식스닷	· 단말기를 사용할 수 있을 정도의 팔, 손가락 근력 및 신체조절기능 이 있습니까? · 점자를 숙지하고 읽을 수 있습니까? ※ 점자평가에 응하여야 하고, 점자평가 결과가 60점 이상이어야 함	GA-01	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			GA-01	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
기타	①리보2	· 음성 정보를 듣기 위한 청력에 이상이 없습니까? · 리보를 연결해 사용할 수 있는 스마트폰을 가지고 있습니까?	TA-01	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			TA-02	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	①엔사운드골도	· 음성 정보를 듣기 위한 청력에 이상이 없습니까? · 화면해설 또는 동작설명을 무선으로 청취하고자합니까? · 단말기를 사용할 수 있을 정도의 팔, 손가락 근력 및 신체조절기능 이 있습니까?	TB-01	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			TB-01	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
지체/뇌병변 장애 유형				
특수키보드	①키보드&키가드 ②비전키보드키가드	· 팔의 떨림, 근력약화로 일반 키보드의 사용에 어려움이 있습니까? · 연결, 구동할 수 있는 PC(노트북)를 보유하고 사용이 가능합니까? · 키보드의 좌우 너비, 상하 높이에 따라 팔을 이동시킬 수 있습니까?	HA-01	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			HA-02	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	①자판없는 키보드&마우스	· 전환, 절단장애 또는 근력약화로 일반 키보드의 사용에 어려움이 있습니까? · 연결, 구동할 수 있는 PC(노트북)를 보유하고 사용이 가능합니까? · 키보드의 좌우 너비, 상하 높이에 따라 팔을 이동시킬 수 있습니까?	HA-03	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
특수마우스 (반사체 센서형)	①스마트나브4AT	· 일반 마우스의 사용에 어려움이 있습니까? · 연결, 구동할 수 있는 PC(노트북)를 보유하고 사용이 가능합니까? · 얼굴 또는 머리부위 등의 신체부위의 움직임을 의지에 따라 조절할 수 있습니까?	HB-01	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			HB-02	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			HB-03	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
특수마우스 (위치센서형)	①립스틱마우스 ②큐하노조 마우스 ③안경마우스	· 일반 마우스의 사용에 어려움이 있습니까? · 연결, 구동할 수 있는 PC(노트북)를 보유하고 사용이 가능합니까? · 입 또는 얼굴 등의 신체부위의 움직임을 의지에 따라 조절할 수 있습니까?	IA-01	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			IA-02	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			IA-03	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
특수마우스 (조이스틱형)	①엔에이블러조이스틱	· 일반 마우스의 사용에 어려움이 있습니까? · 해당기기를 연결, 구동할 수 있는 PC를 보유하고 사용이 가능합니까? · 조이스틱 및 버튼을 손이나 신체 특정부위로 쥐고 움직여 사용하는 데 불편함이 없습니까?	IB-01	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			IB-02	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			IB-03	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
특수마우스	①엔에이블러트랙볼	· 일반 마우스의 사용에 어려움이 있습니까?	IC-01	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			IC-02	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
			IC-03	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
특수마우스	①엔에이블러트랙볼	· 일반 마우스의 사용에 어려움이 있습니까?	ID-01	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

품 목	해당제품	진단내용	진단코드	결과
(트랙볼형)		<ul style="list-style-type: none"> 연결, 구동할 수 있는 PC(노트북)를 보유하고 사용이 가능합니까? 트랙볼 및 버튼을 손이나 신체 특정부위를 사용하여 조작하는데 불편함이 없습니까? 	ID-02 ID-03	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
특수마우스 (손목보호형)	①손가락마우스 ②턱마우스	<ul style="list-style-type: none"> 일반 마우스의 사용에 어려움이 있습니까? 연결, 구동할 수 있는 PC(노트북)를 보유하고 사용이 가능합니까? 손가락의 움직임을 의지에 따라 조절할 수 있습니까? 	IE-01 IE-02 IE-03	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
특수마우스 (버튼형)	①스윙웨어 스무디스위치 ②포인트마우스	<ul style="list-style-type: none"> 일반 마우스의 사용에 어려움이 있습니까? 연결, 구동할 수 있는 PC(노트북)를 보유하고 사용이 가능합니까? 신체부위를 이용해 스위치를 누르는 데에 불편함이 없습니까? 	IF-01 IF-02 IF-03	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
터치모니터 (정전식)	①24/27인치 멀티터치모니터/TV ②24/27인치 터치모니터 LED TV	<ul style="list-style-type: none"> 연결, 구동할 수 있는 PC(노트북)를 보유하고 사용이 가능합니까? 한쪽 팔을 모니터 높이(예:어깨높이)까지 들어 화면을 신체 일부분 또는 정전식 모니터전용 터치펜으로 터치할 수 있습니까? 지체·뇌병변 장애인의 경우 한쪽 팔에 장애가 있어 일반마우스의 사용이 불편하거나 지적·자폐성 장애인의 경우 특수교육 활용계획이 명확합니까? ※ 일반 마우스 사용이 가능한 장애인(하지장애 등)의 경우 보급대상이 아님 ※ 일반 타이핑 보조도구 사용 불가능 (정전식 전용펜만 사용 가능) 	JA-01 JA-02 JA-03	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
독서 보조기기	①페이지터너리더블3	<ul style="list-style-type: none"> 상지부위의 장애로 독서를 하기에 어려움이 있습니까? 책을 읽을 수 있을 정도의 시력을 갖고 있습니까? 스위치, 리모컨을 사용하기 위하여 신체 중 최소 한 부위를 움직일 수 있습니까? 	KA-01 KA-02 KA-03	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
무선신호기	①스마트 신호기	<ul style="list-style-type: none"> 리모컨을 신체 일부분으로 조작할 수 있습니까? 	LA-01	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
청각/언어 장애 유형				
영상전화기	①비주폰 CVP-2000 ②다자간 수화통역 시스템 ③스마트비주폰SMV-3000 ④스마트비주폰 올인원 ⑤스마트프라이밍영상전화기	<ul style="list-style-type: none"> 의사소통이 어려운 청각장애인으로 수화를 사용할 수 있습니까? 인터넷연결이 가능하고 인터넷전화 등 통신비용을 지불할 수 있습니까? 	MA-01 MA-02	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
의사소통 보조기기	① 오케이톡톡 ① 보이스탭 ② With Talk (7인치) ③ 마이토키 스마트 ④ 오케이톡톡 애드패드 ⑤ 답보이스 ⑥ 키즈보이스 스마트 ⑦메세지스톤	<ul style="list-style-type: none"> 언어장애를 가지고 있습니까? 상징과 상징이 내포하고 있는 의미에 대해 이해할 수 있습니까? 버튼을 신체의 일부분으로 조작할 수 있습니까? 	NA-01 NA-02 NA-03	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
언어훈련 SW	①한글짱	<ul style="list-style-type: none"> 언어장애를 가지고 있습니까? 설치, 구동 가능한 최소 사양의 PC(노트북)를 보유하고 사용이 가능합니까? 출력되는 음성을 듣기위한 사운드 장치를 보유하고 있습니까? 스피커를 통해 출력된 음성을 인지할 수 있습니까? 	OA-01 OA-02 OA-03 OA-04	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	①스피치미러 (Pro)	<ul style="list-style-type: none"> 언어장애를 가지고 있습니까? 설치, 구동 가능한 최소 사양의 PC(노트북)를 보유하고 사용이 가능합니까? 출력되는 음성을 듣기위한 사운드 장치를 보유하고 있습니까? 스피커를 통해 출력된 음성을 인지할 수 있습니까? 보호자나 전문가 등이 언어훈련을 지원할 수 있습니까? 	OB-01 OB-02 OB-03 OB-04 OB-05	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	①언어인지력비타 ②소리자람	<ul style="list-style-type: none"> 언어장애를 가지고 있습니까? 스피커를 통해 출력된 음성을 인지할 수 있습니까? 단말기를 사용할 수 있을 정도의 팔, 손가락 근력 및 신체조절기능이 있습니까? 	OC-01 OC-02 OC-03	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	무선신호기	①소리알리미 ②영상 부르미	<ul style="list-style-type: none"> 청각장애를 가지고 있습니까? 소리신호를 변환하여 전달해주는 빛과 진동을 감지할 수 있습니까? 	PA-01 PA-02

품 목	해당제품	진단내용	진단코드	결과
	③네비게이션 신호기세트 ④의사소통호출기 ⑤데프신호기세트			
음성증폭기	①에솅(ESOB) 목걸이형	<ul style="list-style-type: none"> 청신경이 이상이 없는 자로 전음성 난청증상이 있습니까? 일상생활의 소리 및 PC, 휴대폰 등을 통해 전달되는 소리를 청취하고자 합니까? 블루투스 기능에 해당하는 제품을 보유하고 있습니까? ※ 동 제품은 청신경이 손상된 전농의 장애인이 사용할 수 없으며 장애수준에 따라 사용가능 여부가 달라질 수 있음 	QA-01 QA-02 QA-03	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	①엔사운드(NSound) 목걸이형	<ul style="list-style-type: none"> 청신경이 이상이 없는 자로 전음성 난청증상이 있습니까? 일상생활의 소리 및 PC, 휴대폰 등을 통해 전달되는 소리 또는 공공이용 장소에서의 안내 멘트를 청취하고자 합니까? 음원과의 거리가 멀 때에(교실,교회, TV시청 등) 명로도 높은 청취를 원합니까? ※ 동 제품은 청신경이 손상된 전농의 장애인이 사용할 수 없으며 장애수준에 따라 사용가능 여부가 달라질 수 있음 	QB-01 QB-02 QB-03 QB-04	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	①엔사운드(NSound) 넥루프	<ul style="list-style-type: none"> 보청기나 인공와우를 착용하고 있습니까? 일상생활의 소리 및 PC, 휴대폰 등을 통해 전달되는 소리 또는 공공이용 장소에서의 안내 멘트를 청취하고자 합니까? 음원과의 거리가 멀 때에(교실,교회, TV시청 등) 명로도 높은 청취를 원합니까? 	QC-04 QC-04 QC-04	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	① 무선 미니 마이크 ② 무선 TV 스트리머 ③ 무선 폰 클립 ④ 무선 음향 보조기 세트	<ul style="list-style-type: none"> 인공와우 또는 이식형 보청기를 사용하고 있습니까? ※ 동 품목은 코클리어사의 인공와우 및 이식형보청기, 지엔리사운드의 보청기 이외의 제품 사용자는 보급대상자가 아님 일상생활의 소리 및 PC, 휴대폰 등을 통해 전달되는 소리를 청취하고자 합니까? 스피커를 통해 출력된 소리를 인지할 수 있습니까? 	QD-01 QD-02 QD-03	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
골도 음향기기	①골전도보청기(음성증폭기)	<ul style="list-style-type: none"> 청신경이 이상이 없는 자로 전음성 난청증상이 있습니까? 일상생활의 소리 및 TV, PC, 휴대폰 등을 통해 전달되는 소리를 청취하고자 합니까? ※ 동 제품은 청신경이 손상된 전농의 장애인이 사용할 수 없으며 장애수준에 따라 사용가능 여부가 달라질 수 있음 	RA-01 RA-02	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
기타	① 티엠프 100	<ul style="list-style-type: none"> 보청기나 인공와우를 착용하고 있습니까? ※ 동 제품은 청신경이 손상된 전농의 장애인이 사용할 수 없으며, 보청기나 인공와우를 착용한 청각장애인에게만 해당되는 제품입니다. 일상생활의 TV, PC, 휴대폰, 등 멀티미디어 기기의 소리를 깨끗하게 청취하고자 합니까? 	SA-01 SA-02	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	① 히어링스톤	<ul style="list-style-type: none"> 인공와우를 착용하고 있습니까? 멀티미디어 기기를 통하여 강의청취, 어학공부, 음악감상, 영화감상, 등을 깨끗하게 청취하고자 합니까? 	SB-01 SB-02	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오