


<div>교훈 : 성실</div> 	<div>가 정 통 신 문</div>	제 2021 - 094 호
		담당 : 학생인권부
	<div>2021학년도 여름방학 아동급식지원 신청 안내</div>	경기도 시흥시 장현순환로 100 ☎ (교무실) 031-365-8200 ☎ (급식실) 031-365-8281

경제적 어려움과 가정형편으로 스스로 급식을 해결하기 힘든
가정의 아동들이 건강하고 행복하게 성장할 수 있도록
여름방학 중 아동급식지원 사업을 실시합니다.

■ 신청기간 : 2021. 5. 24.(월) ~ 2021. 6. 11.(금)

■ 지원대상 : 만18세미만 취학 및 미취학 아동

※ 고등학교에 재학 중인 만 18세 이상, 학교 다니지 않는 18세 미만의 아동 포함


■ 신청자격 : 아래 가구 중 만 18세 미만 결식 우려(맞벌이, 가구여건 등) 아동

- 「국민기초생활보장법」 제2조제2호에 따른 수급자 가구의 아동, 차상위계층
- 「한부모가족지원법」 제5조에 따른 지원대상자가 양육하는 아동
- 「긴급복지지원법」에 따른 긴급복지 지원대상 가구의 아동
- 보호자가 사망, 가출, 행방불명, 구급시설에 수용되는 등의 사유로 보호가 필요한 아동
- 보호자의 사고, 급성질환, 만성질환 등의 사유로 보호자의 양육능력이 미약한 가구의 아동
- 기준중위소득 52% 이하인 가구의 아동

■ 신청 시 필요서류

- 신청방법 : 관할 주소지 주민센터 방문접수
- 제출서류 : 신청서, 소득증빙서류, 결식우려 증빙서류 등

■ 지원방법

- 아동급식전자카드( Dream card) 발급 후, 급식 가맹점에서 식사 지원

■ 신청기관 : 관할 주소지 행정복지센터

시 흥 가 온 중 학 교 장(직인 생략)

〈서식 1호〉 아동급식 신청(추천)서

아동급식 신청(추천)서

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

※ 여름방학 급식지원 받은 자는 겨울방학 급식지원 신청하지 않아도 됨

(앞 쪽)

신청(추천)자	성명	아동관의 관계	생년월일
	주소		전화번호(휴대폰)

<div>보호자</div> <div>※ 신청(추천)자가 보호자의 신원을 알지 못하는 경우 담당공무원이 확인 후 작성</div>	성명	관계	동거여부
	직업(구체적으로)	월수입(평균)	전화번호(휴대폰)
	주소		

대상아동 1	성명	성별	취학여부
		[] 남 [] 여	[] 취학 [] 미취학
	학교명		
		[] 초 [] 중 [] 고등학교	학년 반
	주소		주민등록번호 (세)

대상아동 2	성명	성별	취학여부
		[] 남 [] 여	[] 취학 [] 미취학
	학교명	[] 초 [] 중 [] 고등학교	학년 반
	주소	주민등록번호 (세)	

신청 (추천) 의견	신청(추천)사유	<input type="checkbox"/> 소년소녀 가장아동 <input type="checkbox"/> 한부모가족지원대상 지원대상 가정아동(한부모가족으로서 국민기초생활보장법에 따른 지원대상가구도 포함) <input type="checkbox"/> 장애인으로 중위소득 52% 이하 가구의 아동 <input type="checkbox"/> 긴급복지지원 대상가구의 아동 <input type="checkbox"/> 보호자가 부재한 가구의 아동 <input type="checkbox"/> 긴급한 보호가 필요한 아동 <input type="checkbox"/> 건강보험료 부과액(또는 산정액) 기준 소득인정액이 중위소득 52% 이하인 가구의 아동 <input type="checkbox"/> 담임교사, 사회복지사, 이·통반장, 시·군·구 담당공무원이 추천하는 아동(아동급식위원회 결정필요) <input type="checkbox"/> 지역아동센터, 사회복지관 등의 아동복지프로그램 이용아동
	급식지원 필요 유형 (결식여부)	※ 중복 선택 가능 <input type="checkbox"/> 연 중 _____ : <input type="checkbox"/> 조식 <input type="checkbox"/> 중식 <input type="checkbox"/> 석식 <input type="checkbox"/> 학기 중 평_____일 : <input type="checkbox"/> 조식 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 석식 토·공휴일 : <input type="checkbox"/> 조식 <input type="checkbox"/> 중식 <input type="checkbox"/> 석식 <input type="checkbox"/> 방학 중 _____ : <input type="checkbox"/> 조식 <input type="checkbox"/> 중식 <input type="checkbox"/> 석식
	희망 급식 방법	<input type="checkbox"/> 단체급식소 (지역아동센터, 사회복지관 등) <input type="checkbox"/> 일반음식점 <input type="checkbox"/> 도시락 배달 <input type="checkbox"/> 부식 배달 <input type="checkbox"/> 기타 ()

위 아동을 급식지원 대상으로 신청(추천)합니다.

20 년 회 이

신청(추천)자 :

서명 또는 인

시장·군수·구청장 귀하

담당 공무원 확인사항	시장·군수·구청장이 급식지원 대상자 선정을 위해 필요하다고 요구하는 증빙자료	수수료 없음
----------------	--	--------

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 전산정보처리조직 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 담당 공무원이 위의 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

※ 신청인이 담당 공무원의 확인에 동의하지 아니하거나 전산정보처리조직 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 확인할 수 없는 경우에는 관련서류를 신청인(보호자)이 직접 제출하여야 합니다.

소득증빙서류(고용확인서)

고 용 확 인 서				
피 고 용 자	성 명		주민등록번호 (외국인등록번호)	
	주 소			
	고 용 성 격 (피고용자하는일 구체적으로 기재)			
고 용 기 간		<div> <div>년 월 일</div> <div>부터</div> <div>년 월 일</div> <div>까지</div> </div> <div>계 속</div>		
근 무 시 간		<div>시 분 ~ 시 분</div>		
임 금 지 급 형 태		일당제	1 일 임 금 : 원	
			월평균 고용일수 : 일	
		월급제	평 균 월 급 : 원	
			월평균 고용일수 : 일	
국민건강보험 가입여부		<input type="checkbox"/> 가 입 <input type="checkbox"/> 미 가 입		
<p>상기와 같이 피고용인이 본 사업장에 고용되어 있음을 확인합니다.</p> <p>년 월 일</p> <p>사 업 장 명 :</p> <p>사 업 장 주 소 :</p> <p>사업자등록번호 : 전화번호 :</p> <p>(영업허가번호)</p> <p>사 업 주 명 : (서명 또는 날인)</p>				