**삼성디스플레이**

**무지개 (무료 지원 개안사업) 의료비 지원 신청서**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **환 자**  **인적사항**  **(신청인)** | 이름 |  | | 생년월일 |  | | 성별/연령 |  |
| 의료보험상태 | **• 국민기초생활수급자**  □ 의료급여1종 □ 의료급여 2종 □ 의료급여 이외(주거급여 등)  • **차상위계층**  □ 차상위장애인 □ 차상위본인부담 경감 □ 차상위자활  □ 차상위계층확인 □ 한부모가족  • **건강보험**  □ 지역건강보험 □ 직장건강보험 □ 국민건강보험 미가입자 | | | | | | |
| 연락처 |  | | | e-mail |  | | |
| 주소 |  | | | | | | |
| **보 호 자** | 이름 |  | 관계 |  | 연락처 |  | | |
| **가족사항 및**  **경제적 상황** |  | | | | | | | |
| **지원 사유** |  | | | | | | | |
| 주요 질환  □ 사시 □ 녹내장 □ 망막 □ 백내장 □ 시력교정수술 □ 일반검진 □ 기타 | | | | | | | |
| **담당자 소견** |  | | | | | | | |
| **제출서류** | • 지원 신청서, 수급자(차상위) 증명서 또는 소득증빙서류, 개인정보 수집 및 이용 제공 동의서, 지원후기 | | | | | | | |
| • 지원신청서 상에 작성된 내용이 사실과 다르거나, 허위사실이 발견될 경우 지원이 취소될 수 있습니다.  • 위 사항은 사실과 다름이 없음을 확인하고 동의하며 의료비 지원을 신청합니다.  **20** 년 월 일  신 청 인 : (서명 또는 인)  **삼성디스플레이 귀하** | | | | | | | | |
| **삼성디스플레이 무지개(무료 지원 개안사업)**  **개인정보 수집 및 이용 제공 동의서** | | | | | | | | |
| 1. 개인정보를 제공받는 기관  - 삼성디스플레이 후원으로 운영하는 무지개 사업의 운영 사무국  2. 개인정보화일(DB)의 수집의 목적  - 의료비 지원 대상자 선정을 위한 심사 및 지원  - 의료비 지원 사업 결과보고, 지원 사업 안내 및 홍보(통계자료로 활용)  3. 개인정보 수집 항목  - 이름, 성별, 연령, 의료보험 유형 등 지원 신청서에 제출된 서류상의 개인정보  4. 개인정보 이용 및 보유기간  - 지원관련 신청서류 및 자료는 신청 후 5년까지 관리되며 이후 10년간 보관 후 폐기 처리함  - 개인정보 수집 및 이용에 동의한 정보는 위의 기재된 목적 외에는 사용되지 않음  - 개인정보 수집 및 이용을 거부할 권리가 있으며, 거부 시 해당 지원사업의 지원이 어려 울 수 있음   |  | | --- | | 본인은 개인정보 보호법 관련법규에 의거하여 **삼성디스플레이의**  **무료 지원 개안사업**에 필요한 본인의 개인정보를 수집 및 이용하는데 동의합니다.  **□ 동의함 □ 동의하지 않음**  **20 년 월 일**  **환 자 성 명 : (인/서명)** | | 본인은 민감 정보(종교, 보험유형, 장애유무 및 유형 등)에 대한 본인의  개인정보를 수집∙활용하는데 동의합니다.  **□ 동의함 □ 동의하지 않음**  **20 년 월 일**  **환 자 성 명 : (인/서명)** | | ※ 환자가 미성년자이거나 건강상의 이유로 환자의 동의를 받을 수 없는 경우에는  보호자(법정대리인)의 동의가 필요합니다. (해당자만 기입)  본인은 환자의 보호자(법정대리인)로 상기 정보 제공 사항에 대해 동의합니다.  **□ 동의함 □ 동의하지 않음**  ￭ 보호자(법정대리인) : **▪** 환자와의 관계 :  **20 년 월 일**  **환 자 성 명 : (인/서명)** | | | | | | | | | |