

2019년 장애인일자리사업 참여자 모집 공고

중리동에서 장애인의 사회참여 확대와 소득보장을 도모하기 위하여
장애인일자리사업에 참여하실 장애인을 모집하오니 많은 지원 바랍니다.

1. 근무조건

일반형일자리(전일제)

- 근무기간 : 2019년 3월 ~ 12월 (10개월)
- 근무시간 : 월~금, 1일 8시간 근무(09:00~18:00/주40시간)
- 근무내용 : 장애인복지행정 및 기타 배치기관 특성에 맞는 행정보조 업무
- 근무지 : 중리동 행정복지센터
- 보수 : 월1,745,150원(사회보험 개인부담금 포함)
 - * 4대 사회보험료 개인부담금 금액에 따라 실수령액은 개인별 차이가 있을 수 있습니다.
- 모집인원 : 1명

복지일자리

- 근무기간 : 2019년 3월 ~ 12월 (10개월)
- 근무시간 : 주 14시간 근무(월 56시간)
- 근무내용 : 장애인전용주차구역 홍보 및 계도(순찰)
- 근무지 : 중리동 행정복지센터 행정구역
- 보수 : 월467,600원(고용보험 개인부담금 포함)
 - * 고용보험 개인부담금액에 따라 실수령액은 개인별 차이가 있을 수 있습니다.
- 모집인원 : 1명

2. 모집 기간 : 2019. 2. 13.(수) ~ 2. 19.(화) 09:00~18:00

3. 신청자격 및 선발방법

- 신청자격 : 만 18세 이상 등록 장애인
- 선발방법 : 공개모집 및 선발기준에 의한 선발

※ 장애인일자리사업 신청 제한 대상

- ① 국민건강보험 직장가입자(피부양자는 제외)
 - 단, 신청당시 직장가입자 중 근로종료일(근로계약서기준)이 장애인일자리사업 시작 전일 경우 신청 가능
- ② 사업자등록증이 있는 자(단, 아래의 경우 증명서 제출자에 한해 신청 가능)
 - 소득이 없는 사업자 : '소득신고사실없음 증명원' 제출
 - 연소득이 5,611,200원 이하인 사업자 : '소득금액 증명원' 제출
- ③ 정부부처 및 지자체에서 추진 중인 타 재정지원 일자리사업 참여자
 - 주 30시간 미만의 일자리이며, 근무시간이 겹치지 않을 경우 신청 가능
- ④ 장애인일자리사업에 2년 이상 연속으로 참여한 자
 - 단, 반복참여 제한 예외 대상자(중증 1~3급)장애인, 만65세이상, 기초생활 수급자)에 해당될 경우 신청 가능
- ⑤ 장기요양등급판정을 받은 자
- ⑥ 최근 1년 이내 장애인일자리사업 참여 중단 조치를 받은 자

4. 제출서류(①~⑤) 공통, ⑥~⑩ 해당자에 한함)

※ 신청사업 유형 및 해당내용에 따라 제출서류가 추가 될 수 있음

- ① (공통) 장애인일자리사업 참여신청서(자필서명 필수) 1부
- ② (공통) 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 안내(자필서명 필수) 1부
- ③ (공통) 미취업사실확인서(자필서명 필수) 1부
- ④ (공통) 장애인등록증 사본(앞·뒷면) 1부
 - 장애인등록증에 생년월일만 기재된 경우 주민등록증 사본 또는 기본증명서 추가 제출
- ⑤ (공통) 건강보험자격득실확인서 1부
- ⑥ (해당자에 한함) 소득신고사실없음 증명원 1부
 - 2017년 소득신고사실없음 증명을 한 참여자의 경우 2019년 7월 이후 2018년 귀속 소득신고사실없음 증명원을 반드시 추가 제출해야하며, 관할 세무서에서 발급 가능

⑦ (해당자에 한함) 소득금액 증명원 1부

- 관할 세무서에서 발급 가능하며 2017년 소득금액 증명을 한 참여자의 경우 2019년 7월 이후 2018년 귀속 소득금액 증명원을 반드시 추가 제출

⑧ (해당자에 한함) 관련 자격증 소지자는 자격증 사본 1부

- 일반형일자리 : 전산관련자격증(컴퓨터활용능력, 워드프로세서, ITQ 등), 사회복지관련자격(사회복지사 등)

⑨ (해당자에 한함) 여성가장일 경우

구 분	첨 부 서 류	
배우자 무(無)	가족관계등록부	
배우자 유(有)	가출·행방불명	실종신고서
	장애인	장애인등록증, 국가유공자증명서, 장애급여지급통지서 중 1
	질병으로 요양중일 경우	의사의 진단서
	군복무	복무확인서
	학교 재학	재학증명서
	교도소 입소	수용증명서, 형확정판결문
	구직등록후 6개월 이상 실업상태에 있는 배우자	직업안정기관(고용센터) 또는 자치단체 장의 확인서
	이혼소송 제기	이혼소송확인서

⑩ (졸업예정자) 졸업예정자임을 증명할 수 있는 관련 자료 제출(졸업예정증명서, 재학증명서 등)

5. 접수방법 : 방문접수

6. 접수처 : 중리동 행정복지센터

7. 기타 참고사항

- 반복참여로 인해 참여가 제한된 자는 참여제한 기간(1년) 동안 '적극적인 구직 활동'을 하였는지의 여부가 확인되어야 함.(구직활동을 증명하는 서류 제출 필수)
- 기초생활수급자의 경우 개인별 조건에 따라 수급권이 취소되거나 급여액이 감소할 수 있음.

[국민기초생활보장사업 안내]

- * 기초생활수급자 근로소득에 대한 공제액 범위 (국민기초생활보장사업 참조)
 - 24세 이하(1993년 1월 1일 이후 출생자)에 해당하는 수급(권)자 및 대학생의 근로 및 사업소득 중 40만원을 공제하고 나머지 금액에 대해 30% 추가 공제 적용
 - 등록장애인 등은 근로소득 및 사업소득 중 20만원을 공제하고, 나머지 금액에 대해 30% 추가 공제

○ 배치기관이 성범죄자 취업제한 기관일 경우 관계법령에 의해 성범죄경력 조회가 이루어지며 결과에 따라 참여 제외가 될 수 있음.

* 「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」 제56조(아동·청소년 관련기관 등에의 취업제한 등)

아동·청소년대상 성범죄 또는 성인대상 성범죄(이하 "성범죄"라 한다)로 형 또는 치료감호를 선고받아 확정된 자(제11조제5항에 따라 벌금형을 선고받은 자는 제외한다)는 그 형 또는 치료감호의 전부 또는 일부의 집행을 종료하거나 집행이 유예·면제된 날부터 10년 동안 가정을 방문하여 아동·청소년에게 직접교육서비스를 제공하는 업무에 종사할 수 없으며 다음 각 호에 따른 시설·기관 또는 사업장(이하 "아동·청소년 관련기관 등"이라 한다)을 운영하거나 아동·청소년 관련기관 등에 취업 또는 사실상 노무를 제공할 수 없다

* 「사회복지사업법」 제35조의2(종사자)

사회복지법인과 사회복지시설을 설치·운영 하는 자는 시설에 근무할 종사자를 채용할 수 있다. 단, 종사자로 재직하는 동안 시설이용자를 대상으로 「성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법」 제2조에 따른 성폭력범죄 및 「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 아동·청소년대상 성범죄를 저질러 금고 이상의 형 또는 치료감호를 선고받고 그 형이 확정된 사람은 사회복지법인 또는 사회복지시설의 종사자가 될 수 없다.

* 이 외에도 관련법률에 근거하여 성범죄자 취업제한 기관의 경우 성범죄경력조회가 이루어질 수 있음

○ 장애인일자리사업은 기간제 근로자 사용기간 제한 예외 사업으로 그 사용기간이 2년을 넘는 경우에도 기간의 정함이 없는 근로계약을 체결한 것으로 보지 않음.

* 장애인일자리사업은 장애인복지법 제21조(직업)에 근거하여 시행하는 장애인 '직업적응훈련, 직업훈련' 사업으로서 국민의 직업능력 개발, 취업촉진 및 사회적으로 필요한 서비스제공 등을 위하여 일자리를 제공하는 것으로 「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」 제4조 제1항 단서의 제5호 및 같은 법 시행령 제3조 제2항 제1호에 따라 기간제 근로자 사용기간 제한의 예외 사유에 포함. (노동부 차별개선과-2304)

○ '장애인일자리사업 참여신청서' 서식은 접수처에서 수령하시기 바랍니다.

- 작성내용이 허위사실로 판명되었을 경우에는 선발을 취소하며 선발에 따른 면접일정 및 최종선발자는 개별 통보합니다.
- 기타 문의사항은 중리동행정복지센터 장애인복지담당에 문의하여 주십시오.
(☎ 042)608-5729)

2019. 2. 13.

대전광역시 대덕구 중리동



[서식1]

장애인일자리사업 참여신청서

졸업예정자	<input type="checkbox"/> 특수학교(급) <input type="checkbox"/> 대학교				접수번호		
신청분야	<input type="checkbox"/> 근무희망지	1순위			2순위		
	<input type="checkbox"/> 일반형일자리	1순위	<input type="checkbox"/> 전일제 <input type="checkbox"/> 시간제	2순위	<input type="checkbox"/> 전일제 <input type="checkbox"/> 시간제		
	<input type="checkbox"/> 복지일자리	<input type="checkbox"/> 참여형		<input type="checkbox"/> 특수교육-복지연계형			
	<input type="checkbox"/> 특화형일자리	<input type="checkbox"/> 시작장애인안마사파견사업		<input type="checkbox"/> 발달장애인 요양보호사 보조일자리			
성명			연락처	<input type="checkbox"/> [집] <input type="checkbox"/> [핸드폰] <input type="checkbox"/> [이메일]			
주민등록번호				(만 세)		성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
주소							
소득수준	<input type="checkbox"/> 기초생활수급자 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음						
장애유형 및 등급			(급)	이동수단	<input type="checkbox"/> 도보	<input type="checkbox"/> 대중교통	
특수교육 대상자	<input type="checkbox"/> 특수교육 대상자 *특수교육 복지연계형 일자리 참여자만 해당				<input type="checkbox"/> 자가용	<input type="checkbox"/> 기타	
주요이력사항							
최종학력	<input type="checkbox"/> 무학 <input type="checkbox"/> 초졸 <input type="checkbox"/> 중졸 <input type="checkbox"/> 고졸 <input type="checkbox"/> 전문대졸 <input type="checkbox"/> 대졸 이상						
주요경력사항	(~)						
직업훈련	기관명						
	훈련기간	~				~	
	훈련직종						
자격면허	1) 2)		전산능력	<input type="checkbox"/> 문서작성 <input type="checkbox"/> 표계산 <input type="checkbox"/> 인터넷 <input type="checkbox"/> 기타()			
사업자등록유무	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무		취업유무	<input type="checkbox"/> 취업 <input type="checkbox"/> 미취업			
장애인일자리 사업 참여경험	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 (기간: _____)		일자리사업명: _____)				
타 재정지원 일자리 참여유무	<input type="checkbox"/> 현재 참여하지 않고 있음 <input type="checkbox"/> 현재 참여하고 있음 (사업명: _____)						
	*타 재정지원일자리(공공근로, 자활, 노인일자리 등 정부 재정일자리) 참여 여부						
장기요양등급 판정유무	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무						
희망직무	① (관련자격증- 있음□ 없음□ / 관련근무경험- 있음□ 없음□) ② (관련자격증- 있음□ 없음□ / 관련근무경험- 있음□ 없음□)						
위와 같이 장애인일자리사업에 참여하고자 신청합니다. 기재사항은 사실과 다름이 없으며, 상기 개인정보 중 일부는 장애인일자리 사업관리를 위한 전산시스템에 등록됨에 동의합니다. 년 월 일							
				신청인		(서명 또는 인)	
(사업수행기관명)				귀하			

- 붙임 1. 개인정보 조회·제공 및 활용에 관한 동의서(자필서명 필수) 1부.
 2. 장애인등록증 사본(※ 특수교육-복지연계형 참여신청자는 재학증명서로 대체 가능) 1부.
 3. 건강보험자격득실확인서 또는 미취업사실확인서 1부.
 4. 그 외 해당자에 한해 제출해야 하는 서류(모집 공고문 참조) 각 1부.

개인정보 수집 · 이용 및 제3자 제공 안내 및 동의서

장애인일자리사업과 관련하여 귀하의 개인정보를 아래와 같이 수집 · 이용 및 제3자 제공을 하고자 합니다. 다음의 사항에 대해 충분히 읽어보신 후 서명하여 주시기 바랍니다.

1. 개인정보 수집 및 이용 고지

[개인정보의 수집 · 이용 목적]

- 본인식별절차에 이용
- 장애인일자리사업 참여자 선발 및 관리, 지원 등 사업운영
- 장애인일자리사업 참여자격 여부 확인(장애인등급유무조회, 장기요양보호등급판정유무조회, 사업자등록여부조회, 타재정지원일자리사업 참여이력조회, 기초생활보장법에 의한 수급정보 등)
- 장애인일자리 전산시스템 정보 입력 및 관리
- 조사연구 등에 필요한 통계자료 및 사업유지 · 확대를 위한 근거자료
- 만족도조사에 필요한 참여자 기본 정보
- 배치기관별 특성에 따라 관련법에 의거 성범죄 경력조회

[수집 · 이용하려는 개인정보의 항목]

- 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, e-mail주소, 학력, 경력, 졸업여부 자격면허, 소득수준, 장애인일자리사업 참여유형 및 기간, 보수, 기초생활보장법에 의한 수급여부 등 수집된 개인정보
 - 장애유형 및 등급(복지카드), 장기요양등급판정여부, 기초생활보장법에 의한 수급여부, 개인병력 등 민감정보
 - 은행계좌(통장사본), 장애인일자리사업 참여유형 및 기간, 근무상황부, 보수대장, 4대보험 가입번호, 참여조건합의서 등
- ※ 아래와 같이 수집·이용되는 개인정보는 장애인일자리 전산시스템에 활용됩니다.
- 성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 기관명, 배치기관, 사업유형, 직무명, e-mail, 학력, 경력, 졸업여부, 자격면허, 장애유형 및 등급, 장기요양등급판정여부, 기초생활수급여부, 개인병력 등 민감정보

[근거 법령]

- 장애인복지법시행령 제13조의2(장애인일자리사업 실시)
- 장애인복지법시행령 제45조의2(민감정보 및 고유식별정보의 처리)

[개인정보 이용 및 보유기간]

사업종료 후 3년간 보유(보유기간 종료일로부터 5일 이내 개인정보 파기)

[주민등록번호 수집 및 이용안내]

- 위 근거 법령에 의거하여 개인정보 수집 및 이용됨을 안내드립니다.

[민감정보 수집 및 이용안내]

- 위 근거 법령에 의거하여 민감정보 수집 및 이용됨을 안내드립니다.

2. 개인정보의 제3자 제공 고지

제공처	목적	항목	기간	근거
사회보장 정보원 (사회보장 정보시스템)	· 참여자 변동정보 조회	· 성명, 주민번호, 성별, 주소, 연락처 등 수집된 개인정보	· 사업종료 후 3년간 보유 (보유기간 종료일로부터 5일 이내 개인정보 파기)	사회보장기본법 시행령 제 19조
고용노동부 (일모아 시스템)	· 재정지원 일자리사업 중복참여 조회	· 성명, 주민번호, 성별, 주소, 연락처 등 수집된 개인정보	· 사업종료 후 3년간 보유 (보유기간 종료일로부터 5일 이내 개인정보 파기)	고용정책기본법 제 13조 2항 고용정책기본법 시행령 제 25조 2항
경찰서	· 성범죄 경력 조회	· 성명, 주민번호, 성별, 주소, 연락처 등 수집된 개인정보	· 사업종료 후 3년간 보유 (보유기간 종료일로부터 5일 이내 개인정보 파기)	아동·청소년의 성보호에 관한 법률 제56조 사회복지사업법 제 35조의 2

※ 위 근거 법령에 의거하여 개인정보 제3자 제공에 대하여 안내드립니다.

3. 개인정보의 제3자 제공 동의

[제공되는 개인정보 항목]

- 성명, 성별, 생년월일, 주소, 전화번호(휴대전화번호), e-mail주소, 참여기관, 사업유형, 직무유형, 졸업예정 여부
- 장애유형 및 등급, 기초생활 수급여부

[개인정보를 제공 받는 자]

중증장애인직업재활지원사업 전산시스템(한국장애인개발원)

[개인정보를 제공 받는자의 개인정보 이용목적]

- 중증장애인직업재활지원사업 수행기관의 취업정보 제공
- 취업정보 제공에 따른 서비스 제공 결과 확인

[개인정보를 제공받는자의 개인정보 보유 및 이용기간]

동의일자부터 당해연도 사업종료후 3년까지

○ 귀하는 취업정보 수신을 위한 개인정보 제3자 제공을 거부할 권리가 있으나, 거부할 경우에는 직업재활지원서비스 관련 정보를 제공받을 수 없습니다.

동의함

동의하지 않음

본인은 본 “개인정보의 수집·이용 및 제3자 제공 안내 및 동의서” 내용을 읽고 명확히 이해하였습니다.

년 월 일

성명: (서명 또는 인)

[서식3]

미취업 사실 확인서		
신청인 (장애인일자리)	성명	
	생년월일	
	주소	
<p>본인은 장애인 일자리 사업의 대상이 미취업 장애인임을 숙지하고, 20_____년 _____월 _____일 미취업 상태임을 확인합니다.</p>		
<p>신청인 : _____ (서명 또는 약자) 년 월 일</p>		
<p>* 주의: 위 내용이 사실과 다를 경우 장애인 일자리사업 참여 중단 및 불이익이 있습니다. * 신청자가 직접 작성하는 서류입니다.</p>		