

(우편, fax신청자 용)

지원 신청서

지상파 아날로그 TV방송을 안테나를 통해 직접 시청하는 기초생활수급권자 등이 신청 가능합니다.		처리기간 14일 이내 지원결정	
지원대상자	분 류	<input type="checkbox"/> 기초생활수급자 <input type="checkbox"/> 국가유공자 등 <input type="checkbox"/> 시청각장애인 <input type="checkbox"/> 차상위계층 ()	
	성 명	주민등록번호 -	
	자택 주소	우편번호 : -	
	전화번호	() -	휴대전화 - -
	지원 선택	<input type="checkbox"/> DTV 구매보조() <input type="checkbox"/> 디지털 컨버터 무상지원	
	주거 형태	<input type="checkbox"/> 단독 <input type="checkbox"/> 연립·다세대 <input type="checkbox"/> 아파트 <input type="checkbox"/> 기타 ()	
기술지원사항 :		문의처 : 디지털방송 콜센터 080-2012-012	

<p>① 개인정보의 제공 및 활용동의서</p> <p>방송통신위원회(디지털방송전환지원센터), 행정안전부(지방자치단체), 보건복지부, 한국방송공사, 국민건강보험공단 귀중</p> <p>본인은 지상파 디지털방송 전환 관련 정부지원 신청시 개인정보의 제공 및 활용에 관하여 다음의 기재사항에 동의합니다. □</p> <ol style="list-style-type: none"> 지상파 디지털방송 전환 정부지원 업무에 개인정보를 이용하는 것 지원 대상 확인을 위하여 신청서에 기재된 성명, 주소 등의 개인정보(변경이 있는 경우 변경 후의 정보를 포함)를 방송통신위원회의 디지털방송 전환 지원센터(이하 '센터'라 함)에서 행정안전부(지방자치단체 포함), 보건복지부, 한국방송공사, 국민건강보험공단에 제공하고 지원 결정에 필요한 범위 내에서 연락하기 위하여 해당 개인정보를 이용하는 것 센터의 조화에 응하여 지원 결정에 필요한 범위 내에서 행정안전부(지방자치단체 포함), 보건복지부, 한국방송공사, 국민건강보험공단에서 보유한 개인정보를 센터에 제공하는 것 지원 실시를 위하여 필요할 때에는 개인정보를 센터에서 방송통신위원회 및 방송통신위원회에서 선정한 지원사업 수행기관, 한국방송공사, 거주하는 읍·면사무소 및 동 주민센터, 센터의 위탁사업자, 공동수신설비 설치자 등에 제공하는 것 동의서 유효기간 : 2013년 12월 31일까지 	<p>② 서약서</p> <p>방송통신위원회(디지털방송전환지원센터) 귀중</p> <p>본인은 지상파 디지털방송 전환 관련 정부지원 신청에 대하여 다음 기재사항을 준수할 것을 서약합니다. □</p> <ol style="list-style-type: none"> 지원대상가구가 현재 지상파 아날로그텔레비전 방송 수신설비를 소유하고 있으며, 신청 시 및 신청 후 지원을 받을 때까지 지상파 디지털텔레비전 방송을 수신할 수 있는 텔레비전, 비디오, 수신기 등의 수신설비가 1대도 없으며, 지상파 디지털텔레비전 방송을 시청할 수 없는 환경일 것.(공동수신설비 개선을 통하여 디지털방송 수신을 할 수 있는 경우를 포함) 지원대상가구에서 사용할 목적으로 신청하며, 지원 완료 후 5년간은 교부 목적에 반하여 사용, 양도, 교환, 대여, 담보, 폐기 등의 처분을 하지 않을 것 이 신청에 대하여 부정행위가 발견된 경우, 지급된 수신기기 및 안테나 개·보수 비용 등의 반환 또는 상당액의 실비 배상 등의 책임을 질 것
<p>③ 담당공무원 확인사항 (부동의 시 해당 서류 제출) 세대별 주민등록표</p> <p>본인은 이 신청서의 처리와 관련하여 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 담당공무원이 필요시 위의 「담당공무원 확인사항」을 확인하는 것에 동의합니다. □</p>	

위 각 항(☑)에 대하여 동의하며, 지상파 디지털방송 전환 관련 정부지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신청인 : _____ (서명 또는 인)

방송통신위원회위원장 귀하

접수처 확 인	신청인 본인 확인	접수일	20 . . .
	<input type="checkbox"/> 본인	접수처	
	<input type="checkbox"/> 대리인	담당자	_____ (서명)

(작성요령)

1. 지원대상자를 구분 선택 하고, 차상위 계층 대상자는 ()안에 다음 각 호 중 번호를 기재합니다.

- ① 「국민기초생활 보장법, 제9조제5항에 따른 자활에 필요한 사업에 참가하는 자
- ② 「국민건강보험법 시행령, 별표2 제3호라목에 따라 본인부담액을 경감 받는 자
- ③ 「장애인복지법, 제49조 및 제50조에 따라 장애수당(장애아동수당)을 지급받는 자
- ④ 「한부모가족지원법, 제5조에 따른 보호대상자(소득인정액이 최저생계비의 100분의 130 이상인자 포함)
- ⑤ 「장애인연금법 시행령, 별표에 따라 부가급여를 받는 자

2. 신청인은 DTV구매 보조와 디지털 컨버터 중 반드시 하나 만을 선택 합니다.

※ DTV구매보조를 선택한 경우, 희망하는 TV유형을 홍보물에서 선택하여 번호를 기재합니다.

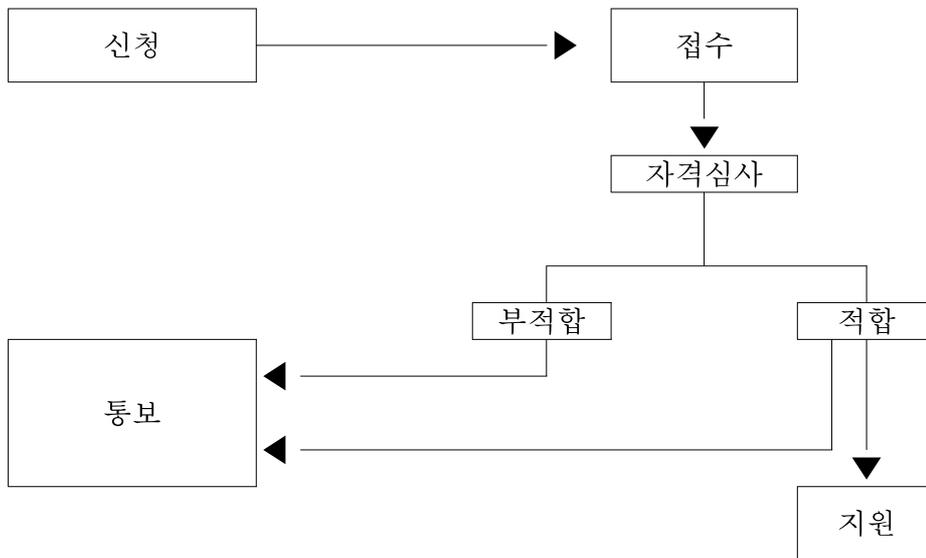
3. 지원 대상 가구의 주거형태를 선택 합니다.

4. 기술지원 항목은 지원센터에서 작성합니다.

5. 개인정보의제공 및 활용동의서, 서약서, 담당공무원 확인사항에 동의여부를 합니다.

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

신청인	처리기관
	읍·면사무소, 동주민센터, 디지털방송 전환 지원센터



첨부 서류	<ul style="list-style-type: none"> ○ 신규 신청시 - 지원대상자 및 신청인의 신분증 제시 (우편,모사전송 신청시 사본 제출) - 위임장 (대리신청의 경우) - 법정대리인임을 증명하는 서류 (법정대리인 신청의 경우) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 재 신청시 - 지원대상자 및 신청인의 신분증 제시 (우편,모사전송 신청시 사본 제출) - 위임장 (대리신청의 경우) - 법정대리인임을 증명하는 서류 (법정대리인 신청의 경우) - 지원대상 가구임을 입증할 수 있는 서류
----------	---	---