



제 2021 - 161호

솔 안 교 육 통 신

경기도교육청 교육회복지원금 지원 안내

교육기획부

전화:070-7099-5689

www.solan.es.kr

학부모님. 안녕하십니까?

가정이 두루 평안하시길 빌며, 학교 교육에 늘 관심 가져주시는 학부모님께 진심으로 감사를 드립니다.

경기도교육청에서는 코로나 19로 인한 학생들의 교육회복을 지원하고 학부모 경제적 부담 경감을 위해 교육회복지원금을 지원하오니, 학생들의 교육적 목적을 위해 사용하여 주시기 바랍니다.

학부모님(보호자)께서는 아래 내용을 참고하시어 신청서 및 개인정보 수집 이용동의서, 개인정보제3자제공동의서를 작성하신 후 **2021.10.22.(금)까지** 제출하여 주시기 바랍니다.

○ **지원금액:** 학생 1인당 **50,000원(부천시 지역화폐 지원)**

* **지역화폐 미 가입** 학부모께서는 반드시 **지역화폐(부천페이)** 가입 후 신청하여 주시기 바랍니다.

○ **지원기준:** 2021.9.15.(수) 재학생 기준, 2021.9.15. 기준 소속학교의 재학 정보를 기재하여 현재 소속 학교로 신청서 제출

○ **사 용 처:** **지역화폐 사용처(대형마트 및 백화점 등 사용 제한)**

○ **신청 및 사용 절차**

신청서 및 동의서 제출

기간 : 2021. 10. 15. (금) ~ 10. 26. (화)



경기지역화폐 충전 신청

기간 : 2021. 11. 15. (월) ~ 12. 31. (금)



경기지역화폐 사용

기간 : 2021. 11. 15. (월) ~ 2022. 2. 28. (월)

* 사용기간 이후 잔액은 회수됩니다.

2021. 10. 18.

솔 안 초 등 학 교 장

경기도교육청 교육회복지원금 신청서 . 동의서

[학교 보관용]

학생 정보	학년	반	번호	성 명
	3	2	23	김나경

교육회복지원금 지원 신청 동의여부(✓ 표시)				
<input type="checkbox"/> 동의				<input type="checkbox"/> 부동의 (부동의 시 교육회복지원금 지원이 불가합니다.)
신청자 정보	성 명	학생과의 관계 (예시: 부/모 등)	생년월일 (예시: 1991-01-22)	
	홍진영	모	1978-03-17	
	성 별 (남/여)	휴대 폰 번 호(11자리) (예시: 010-1111-2222)		
	여	010-4391-6400		

개인정보 수집·이용 동의				
수집목적	항 목		보유기간	동의여부
교육회복지원금 지원에 사용	학생(학년, 반, 성명), 신청자(성명, 관계, 생년월일, 성별, 휴대 폰번호, 카드번호)		5년	<input checked="" type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 부동의

개인정보 제3자 제공 내역				
제공받는 자	제공목적	제공항목	보유기간	동의여부
교육지원청, 코나아이(주)	교육회복지원금 지원에 사용	학생(학년, 반, 성명), 신청자(성명, 생년월일, 성별, 휴대 폰번호, 카드번호)	5년	<input checked="" type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 부동의

※ 개인정보 수집·이용, 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 교육회복지원금 지원이 불가합니다.

위와 같이 교육회복지원금 신청에 동의합니다.

2021년 10 월 일

신청인(보호자)

학생과의 관계: 모 성명 : 홍진영 (서명 또는 인)

솔안초등학교장 귀하