• 이웃을 내 몸과 같이 •

실로암시각장애인복지관

Siloam Center for the Blind

수신자 전국 맹학교, 대학교 장애학생지원센터, 법학전문대학원, 장애인복지관 등

(경유)

참 조

제 목 2021년 상반기 효명장학사업을 위한 시각장애인 장학생 모집 협조의 건

1. 귀 기관의 무궁한 발전을 기원합니다.

2. 실로암시각장애인복지회는 1978년 대한예수교장로회 총회 맹인선교부에서 시각장애학생들을 위한 장학사업을 시작으로 실로암시각장애인복지관에서 2010년 효명장학사업으로 재시작한 이후로 2020년 하반기 수여식까지 시각장애인 대학생 1,361명에게 약 20억 9천 4백만원의 장학금을 지원하여 시각장애인이 차세대 리더로서 성장하도록 지원하고 있습니다.

3. 아래와 같이 2021년 상반기 효명장학사업을 실시하오니 귀 기관의 각별한 관심과 적극적인 추천을 부탁드리며, 2021년부터 선발기준 및 제출서류가 대폭 변경되었으니 첨부파일을 참고하시어 해당 학생에게 자세한 안내 부탁드립니다.

- 아 래 -

∘ 사 업 명 : 2021년도 상반기 효명장학사업

∘ 접수기간 : 2021년 1월 11일(월) ~ 1월 22일(금) 18:00 이전 도착분에 한 함.

∘ 선발대상

1) 주민등록상 서울시 거주자로 4년제 정규대학 또는 로스쿨에 재학 중인 중증시각장애인

2) 서울시 소재 4년제 정규대학 또는 로스쿨 에 재학 중인 중증시각장애인

3) 석, 박사과정으로 해외 유학중인 중증시각장애인

※ 타 장학금과 중복지원 가능(시각장애인의 학비 이외 발생하는 추가비용에 대한 지원임)

∘ 문 의 : 기획홍보팀 이로사 (02-880-0863)

실로암시각장애인복지관장

▣ 붙 임 : 1. 2021년 상반기 시각장애인대학생을 위한 [효명장학사업] 안내문 1부

2. 2021년 상반기 효명장학금 신청서 · 자기소개서 1부.

◉★담 당 이 로 사 팀 장 함 요 한 사무국장 노 형 지 관 장 김 미 경

시 행 실로암 20-2018 (2020.12.28)

협 조

주 소 (08757) 서울시 관악구 남부순환로 1717 / www.silwel.or.kr

전 화 대표:(02)880-0863 전송:(02)887-1120 /silwel@chol.com /공개

2021년 상반기 시각장애대학생을 위한 [효명장학사업] 안내

실로암시각장애인복지관에서는 시각장애인 차세대 리더 양성을 위해 시각장애 대학생을 대상으로 2021년 상반기 [효명장학사업]을 아래와 같이 실시합니다. 시각장애대학생 여러분들의 많은 참여 바랍니다.
(※ 2021년부터 선발기준, 장학금신청서 및 자기소개서, 제출서류 등 대폭 변경되었으니 안내문 정독 후, 접수하시기 바랍니다.)

- 아 래 -

※ 기존 대비 변경사항

내용	변경내용	세부사항
선발대상	예체능·이공계 분야	"예체능·이공계 전공자로서 전국소재 4년제 대학 재학 중인 시각장애인" 삭제 (서울 거주/서울 소재대학만 가능)
선발기준	지원학기 변경	학사 8학기, 해외 석사 4학기, 해외 박사 6학기까지
	학점기준 변경	해외 석·박사 해당 대학원 풀타임 기준에 따라 검토
장학생 선정	학기별, 분야별 인원 조정	학기별 15명 내외 선정 / 분야별 3명 내외 선정
제출서류	사회봉사, 어학점수증명서 제출	-
추가심사서류	에세이 작성	1차 서류 합격자에 한해 기관 방문하여 에세이 작성 (2가지 주제, 각 1부씩)
장학금신청서	1. 인적사항	장애정보 구체화 (장애발생시기 및 원인, 장애등록일 등) 독립보행여부 - 부분적으로 가능 추가
	2. 학력사항	중학교 기재
	5. 주요활동사항	사회봉사 및 동아리 활동 등 내용 추가
자기소개서	작성 내용 변경	종교봉사활동, 사회공헌 및 노력활동 추가

1. 선발대상 (※아래사항 중 하나라도 해당 할 경우, 신청 가능)
   1) 주민등록상 서울시 거주자로 4년제 정규대학 또는 로스쿨에 재학 중인 중증시각장애인
   2) 서울시 소재 4년제 정규대학 또는 로스쿨 에 재학 중인 중증시각장애인
   3) 석, 박사과정으로 해외 유학중인 중증시각장애인

2. 선발기준 (※1~3 모두 해당할 경우, 신청 가능)
   1) 2021년 1학기 등록 예정자 (국내 학사 8학기, 해외 석사 4학기, 해외 박사 6학기까지 지원 가능)
   2) 성적이 우수하고 인성과품행이 반듯한 시각장애대학생
   3) 직전 학기 성적 증빙이 가능한 시각장애대학생
   *학점기준

구분		학점
국내	4년제 정규대학	15학점 이상 (단, 졸업학기 신청자는 12학점 이상 이수자 가능)
	로스쿨	9학점 이상
해외	석·박사	해당 대학원 풀타임 등록 기준 학점

※ 본 효명장학금은 시각장애 대학생들이 학업에 필요한 추가비용을 지원하는 것임으로 대학교에서 장학금을 지원받았더라도 중복수령이 가능함.

3. 각 분야별 지원내용
   1) 해외대학원 석·박사 및 국내 로스쿨 분야 3명 이내 2) 국내대학교 이공계 분야 3명 이내
   3) 국내대학교 경상계열 2명 이내 4) 국내대학교 예체능 2명 이내

5) 국내대학교 사회복지 및 인문사회분야 3명 이내 6) 국내대학교 교육분야 3명 이내
7) 국내대학교 기타분야 0명 이내

4. 제출서류

1) 1차 서류 (실로암시각장애인복지관 홈페이지에서 양식 다운이 가능합니다)
① 2021년 상반기 효명장학금 신청서 1부
② 자기소개서 1부 (분량 A4 2~3P 내외, 모든 항목을 빠짐없이 기록하여 제출)
③ 개인정보 수집·활용 동의서 1부
④ 2020년 2학기 성적증명서 1부 (휴학생의 경우, 직전학기 성적증명서 1부)
⑤ 주민등록등본 1부 ⑥ 장애인복지카드 사본 1부
⑦ (해당자만)사회봉사활동, 외국어성적, 자격증 사본 등 증빙서류 각 1부

2) 2차 서류
* 1차 합격자에 한하여 기관 방문하여 주제별 에세이 작성하여 제출 (시사영역·장애영역 각 1부)

3) 최종선정 장학생 제출 서류 : 장학생으로 선발된 후 제출
① 2021년 1학기 등록금납입영수증 1부 ② 개인 통장 사본 1부

5. 접수방법 :

구 분		접수 방법
1차 서류	①~⑦ 모든 서류	원본 우편 및 내방 접수 (우) 08757 서울시 관악구 남부순환로 1717 실로암시각장애인복지관 6층 기획홍보팀
	신청서, 자기소개서	메일(siloamplan@gmail.com)로 한번 더 제출
2차 서류		기관 방문하여 작성·제출
장학생 제출 서류		장학금 수여식 진행 시, 직접 제출 또는 팩스/이메일 제출

6. 세부일정

내 용	일 정
접수기간	2021.1.11(월)~1.22(금)
서류심사	2021.01.27(수)
성격유형검사 등 실시 /에세이 작성	2021.2.1(월), 2.3(수)
면접심사	2021.2.9.(화)
장학금수여식	2021.2.24(수)
※ 일정은 기관의 내부 사정에 의해 변동될 수 있음.	

7. 결과발표 : 개별통지 (서류 및 면접 합격자는 유선, 탈락자는 문자로 통보함.)

8. 기타사항 : 면접심사 및 수여식에 필수로 참석해야하며, 추후 장학금 선정 분야에 따라 추가서류(교수 추천서 등)를 제출할 수 있음. (단, 면접 참여가 불가능한 경우 사정에 따라 추후 면접 가능하며, 수여식 참여 불가능한 경우, 특별한 사유가 인정되는 한, 보호자 대리 참석 가능)

9. 문 의 : 실로암시각장애인복지관 기획홍보팀 이로사 사회복지사 Tel. 02)880-0863

실로암시각장애인복지관 효명장학금 신청서

1. 인적사항					
성 명			성 별		
생년월일			종 교		
주민등록상 거주지			실거주지		
연락처	휴대폰		비상연락처		
	이메일				
장애정보	장애 정도	중증 (급) □ 전맹 □ 저시력	장애발생시기		
	장애 발생원인		장애등록일		
	장애상태 기타				
결혼여부			기초생활 수급 여부		
문해(의사소통) 수단	□ 점자 □ 큰문자 □ 기타		독립보행	□가능 □부분적으로만 가능 □불가능	

2. 학력사항					
재학기간	학교 및 전공	소재지	졸업구분	직전 학기 이수 학점	직전 학기 평점 (00점/만점)
	중학교				
	고등학교				
	대학교				
	대학원				

3. 가족사항						
관계	성명	생년월일	직업 및 근무처	장애유무	장애 유형 및 정도	동거여부

4. 자격증 소지 여부와 외국어 능력 (증빙 서류 제출)							
자격·면허증	자격·면허증명	발급처	취득일	외국어 능력	시험명	점수	취득일

5. 주요 활동 사항(사회봉사, 동아리 활동 등) (증명서 첨부 제출)		
기간	기관 또는 모임명	활동 내용

6. 타장학금 수령 여부			
장학금 명	기간	지원금액	지원 단체/기관

자기소개서

1. 성장과정 및 대학생활

<신규 장학생>
※ 시각장애 발생 전후 생활 및 장애 수용과정 계기 등
※ 시각장애와 관련하여 학습방법에 대한 내용
※ 대학생프로그램 및 동아리 참여, 교우관계, 대내외활동, 종교활동(교사, 성가대활동 등) 등에 관한 내용
※ 현재의 전공(계열)을 선택하게 된 계기와 지금까지 이루어 온 학업활동 및 향후 계획

<기존 장학생>
※ 최근 1년 동안의 대학생활 및 대내외활동, 교우관계, 시각장애대학생으로서의 활동 내용
※ 현재의 전공(계열)을 선택하게 된 계기와 지난학기 이루어 온 학업활동 및 향후계획

2. 성격(장·단점) 및 인생관

※ 본인의 성격의 장단점
※ 본인의 인생관 및 생활신조

3. 효명장학금 활용 내용 및 계획 / 타 장학금 수혜 및 활용내용

※ 기존효명장학생의 경우 효명장학금 활용내용과 추후 학습계획, 대학시절 해보고 싶은 활동
※ 신규지원자의 경우 학습계획과 대학시절 해보고 싶은 활동 등을 포함한 효명장학금 활용계획

※ 효명장학금 외에 학교 및 타 기관에서 장학금 받은 이력이 있다면 장학금 종류/ 기간/ 금액/ 지원단체 등 관련내용을 포함하여 작성 (학교 장학금, 개인 장학금 등 모두 작성 요망)

4. 효명장학생모임 참여 소감 및 추후 효명 아카데미 리더스클럽 활동계획

※ 효명 아카데미 리더스클럽이란, 효명장학생모임을 말하며 효명장학생으로 선정된 이후에는 효명 아카데미 리더스클럽 회원으로서 정기적인 모임에 참석하여 활동하여야 합니다.
※ 기존 장학생의 경우 효명 아카데미 리더스클럽 참여소감을 포함한 추후 활동계획을, 신규지원자의 경우 효명 아카데미 리더스클럽 활동계획 및 기대하는 바에 대하여 작성해주세요.

5. 사회공헌 노력 및 활동

※ 본인이 지금까지 수행한 주요 사회공헌 노력 및 활동 (사회봉사 및 동아리 활동)
- 해당 활동에 어떤 동기와 목적을 가지고 얼마만큼 지속적이고 헌신적으로 역할을 했는지 기술
예) 사회봉사, 기부 등

6. 졸업 후 진로계획

※ 본인의 전공 혹은 본인이 현재 쌓아가는 전문적인 지식을 고려하여 스스로 계획하고 있는 가까운 미래의 계획
※ 효명장학생으로서 시각장애인후배들을 위하여 공헌할 수 있는 방안 등

개인정보 수집.이용.제공에 대한 동의서

실로암시각장애인복지관(이하 '복지관')은 [개인정보보호법] 제15조에 의거하여 귀하의 개인정보를 수집·이용함에 있어 동의를 받고 있으며 수집된 정보는 포괄적·효율적 복지서비스 제공을 위해 실로암시각장애인복지회 산하 복지시설간 정보이동이 이루어질 수 있습니다. 아래 내용을 충분히 숙지하신 후 본인 또는 보호자가 직접 동의란에 서명하시거나 서명에 어려움이 있으신 분께서는 동의 의사를 밝혀주시기 바랍니다.

■ **기본 개인정보 수집**

○ 필수정보 : 성명, 생년월일, 연락처(전화 또는 휴대전화), 주소

○ 이용 목적 :

- 성명, 생년월일, 연락처 : 복지관 업무와 복지정보 안내 등 서비스 이용 안내 및 상담 등
- 이메일 주소 : 소식 및 고지사항 전달, 팔만처리 등을 위한 원활한 의사소통 경로의 확보 등

이용자 구별을 위한 필수정보 수집에 동의하십니까?	□동의함 □동의하지 않음

■ **고유식별정보 수집**

○ 고유식별정보 : 복지카드 사본(주민등록번호)

○ 이용 목적 : 지역사회재활시설의 이용자는 장애인복지법 제2조의 규정에 의한 장애인이어야 하며 이에 대한 증빙으로 [복지카드] 사본을 수집하여야 합니다.

고유식별정보 처리에 동의하십니까?	□동의함 □동의하지 않음

■ **개인정보 제공 동의 거부 권리 및 동의 거부 따른 불이익 내용 또는 제한사항**

귀하는 개인정보 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 일부 복지서비스는 그 특성에 따라 제한 될 수 있으며, 장애인 복지서비스 관련 안내를 받지 못할 수도 있습니다.

■ **개인정보 보유 및 이용기간**

수집한 개인정보 파일의 보유기간은 본 복지관의 서비스 이용이 중단된 후 5년까지이며, 파기를 요청하실 경우 절차에 따라 즉시(5일 이내) 파기되어 집니다.

개인정보의 수집 및 이용목적에 동의하십니까?	□ 동의함	□ 동의하지 않음

* 만 14세 미만 아동 또는 법적 의사결정 능력이 없는 자의 경우 반드시 법적대리인의 동의가 필요함

[법정대리인 동의서] 본인은 법정대리인으로 서비스 이용 신청에 동의합니다.

법정대리인 성명	(인/서명)
법정대리인 연락처	
법정대리인과의 관계	

본인은 위의 내용을 충분히 숙지하였으며, 복지관의 보다 나은 서비스 제공과 정책수립을 위해 개인정보를 수집, 활용, 제공하는 것에 동의합니다.

년 월 일

확인자 (인 또는 서명)

□ 14세 미만 보호자 또는 동의자 (인 또는 서명)

□ 위임 보호자 또는 동의자 (인 또는 서명)

실로암시각장애인복지관 귀하

선택적 개인정보 수집.이용.제공에 대한 동의서

실로암시각장애인복지관은 보다 원활한 서비스 제공을 위하여 기본 정보 이외의 선택정보를 수집하고 있으며, 선택 정보는 서비스 제공 시 활용되는 정보로, 제공을 원하지 않을 경우 수집하지 않으며, 미동의로 인해 해당되는 서비스의 제한이 있을 뿐 이용 상의 불이익도 발생하지 않습니다.

■ 장애인복지서비스 제공을 목적으로 한 정보 수집

○ 선택 정보 : 개인이력, 질병관련 이력, 기타 장애인복지서비스 제공을 위한 계획 수립과 관련한 정보 등

선택정보 수집 및 이용에 동의하십니까?	□동의함 □동의하지 않음

○ 민감 정보 : 장애정보(진단명, 등급), 현건강 상태, 개인발달사(신체)

민감정보 수집 및 이용에 동의하십니까?	□동의함 □동의하지 않음

■ 사례관리 등 이용자관리 서비스 제공을 목적으로 한 정보 수집

○ 선택 정보 : 국기법대상, 가족사항, 소득수준, 가정환경, 사회관계망, 사회성 정도, 기타 사례관리 등 이용자관리 서비스 계획 수립과 관련한 정보 등

선택적 개인정보 수집 및 이용에 동의하십니까?	□동의함 □동의하지 않음

○ 민감 정보 : 장애정보(진단명, 등급), 현건강 상태, 개인발달사(신체)

민감정보 수집 및 이용에 동의하십니까?	□동의함 □동의하지 않음

■ 홍보, 마케팅, 자료요청 등 자원봉사자 관리 목적 외 이용시

원활한 장애인복지사업을 위한 홍보, 마케팅, 자료요청 등의 목적 외 개인정보 제공에 동의하십니까?	□동의함 □동의하지 않음

* 만 14세 미만 아동 또는 법적 의사결정 능력이 없는 자의 경우 반드시 법적대리인의 동의가 필요함

[법정대리인 동의서] 본인은 법정대리인으로 서비스 이용 신청에 동의합니다.

법정대리인 성명	(인/서명)
법정대리인 연락처	
법정대리인과의 관계	

본인은 위의 내용을 충분히 숙지하였으며, 복지관의 보다 나은 서비스 제공과 정책수립을 위해 개인정보를 수집, 활용, 제공하는 것에 동의합니다.

년 월 일

확인자 (인 또는 서명)

□ 14세 미만 보호자 또는 동의자 (인 또는 서명)

□ 위임 보호자 또는 동의자 (인 또는 서명)

실로암시각장애인복지관 귀하