

개인정보 처리 등 동의서

행정정보 등 공동이용·활용 사전동의서

1. 이용기관 명칭 : 서울특별시, 25개 자치구, 서울신용보증재단
 2. 대상기관 : 국가기관, 지방자치단체, 국민연금공단, 국민건강보험공단, 근로복지공단, 그 밖의 대통령령으로 정하는 공공단체, 은행법에서 정한 은행, 여신금융협회(여신금융전문업법에서 정한 카드사, 기업정보 보유 민간기관)
 2. 이용사무 목적 : 서울시 자영업자 생존자금 지원, 성과분석, 사후검증 및 만족도 조사 등
 3. 공동이용 행정정보
 : 사업자등록증명, 개업일, 매출액(결정 경정자료 포함), 업태/종목, 카드매출 및 현금영수증 발행 정보, 제로페이 사용 정보, 상시근로자수(건강보험자격득실확인 또는 사업자가입자별부과확인), 여객자동차운송사업면허 및 화물자동차운송사업허가 정보
 4. 정보주체(본인) 동의사항
 : 본인은 위 사무의 처리를 위하여 「전자정부법」제36조에 따른 행정정보 공동이용을 통해 이용기관이 업무처리담당자가 전자적으로 본인의 신청내용(공동이용 행정정보)을 확인하는 것에 동의합니다.
 ※ 만일, 본인이 위 행정정보 이용에 대해 동의를 하지 아니할 경우에도 불이익은 없으나, 다만, 동의하지 아니한 경우에는 본인이 해당 구비서류를 제출하여야 합니다.
- ☞ 위와 같이 행정정보 공동이용에 동의합니까? (동의, 미동의)

개인정보 수집·이용 및 제3자 제공동의서

1. 개인정보의 수집·이용에 관한 사항

수집 및 이용목적	수 집 항 목	보유 및 이용기간
서울시 자영업자 생존자금 지원사업 관련 업무 추진	○ 본 인 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 사업자등록번호, 상호, 통장계좌번호, 통장사본 등 ○ 대리인 : 성명, 전화번호, 생년월일, 주소, 위임자와의 관계	해당 정보제공 동의일로부터 5년

☞ 위와 같이 개인정보 수집·이용에 동의합니까? (동의, 미동의)

2. 개인정보의 제공에 관한 사항

제공목적	제공받는 자	제공하는 개인정보 항목	보유 및 이용기간
서울시 자영업자 생존자금 지원 적격여부 판단	서울지방국세청, 국민건강보험공단, 카드3사(신한, BC, KB국민), 서울신용보증재단, 서울시 25개 자치구, 우리은행, 제로페이담당관, 여신금융협회(여신금융전문업법에서 정한 카드사, 기업정보 보유 민간기관)	성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 사업자등록번호, 상호, 통장계좌번호, 개업일, 매출액, 업태/종목, 카드매출 정보 및 현금영수증 발행 정보, 제로페이 사용 정보, 상시근로자수, 생존자금 지급 정보, 운수사업자 면허 정보(차량번호, 차주명, 주민등록번호, 양도양수일, 사용본거지 및 거주지 주소, 면허번호 등)	해당 정보제공 동의일로부터 5년

☞ 위와 같이 개인정보를 제3자 제공하는데 동의합니까? (동의, 미동의)

3. 기타 고지 사항

- ① 개인정보 제공자가 동의한 내용 외에 다른 목적으로 활용하지 않으며, 제공된 개인정보의 이용을 거부하고자 할 때에는 개인정보 관리책임자를 통해 열람, 정정, 삭제를 요구할 수 있습니다.
- ② 위와 같이 개인정보를 수집·이용·제공하는 데 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 지원대상 여부 판단에 제한이 있을 수 있으며, 해당사항에 대해서는 본인이 직접 구비서류를 제출하여야 합니다.

상기 본인은 위와 같이 행정정보 공동이용, 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공에 동의합니다.

2020년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

서울특별시시장 (○○○ 구청장 귀하)

서식 3

위 임 장				
위임받는 자	성 명		핸드폰 번호	
	생년월일		위임인과의 관계	
	주 소			
위임자 (대표자)	성 명		핸드폰 번호	
	생년월일			
	주 소			
	업 체 (상호, 주소)			
<p>위와 같이 본인은 서울시 자영업자 생존자금 지원 신청을 위의 자에게 위임합니다.</p> <p style="text-align: center;">2020년 월 일</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20%;">위임자 (서명 또는 인)</p> <p>서울특별시장 (○ ○ ○ 구청장) 귀하</p>				

서식 4

이 의 신 청 서

(※ 지급제외 통보일로부터 7일 이내 사업장 소재지 관할 구청별 접수센터에 이의신청 가능)

신청인	성 명		핸드폰 번호	
	상호명		사업자등록 번호	
	사업장주소			
제외 통보일				
지급대상 제외사유				
지급대상 제외에 대한 불복사유				

위와 같이 본인은 서울시 자영업자 생존자금 지급 대상 제외 통보에 대해
이의신청하오니 처리하여 주시기 바랍니다.

2020년 월 일

신청자 (서명 또는 인)

○ ○ ○ **구청장 귀하**

※ 첨부서류 : 불복 사유에 대한 입증 서류