

2026년 청소년 자립·진로 성장지원사업 안내

1 사업개요

- 사업기간: 2026년 4월~12월
- 사업대상: 경기도 거주 시각장애 청소년
- 사업목적: 시각장애 청소년이 자기 이해와 진로 인식을 바탕으로 자기표현·자기결정 능력, 실생활 기술 및 사회적 관계 적응 역량을 단계적으로 강화하여 성인기 자립을 준비하는 데 필요한 기초역량을 체계적으로 확립하고자 함

2 모집대상

- 멘티: 시각장애 청소년(만 13세~18세)
- 멘토: 시각장애 대학생 및 직업인 우선 모집, 청소년 멘토링에 관심이 있는 자
*사회복지전공자 우대

3 세부 일정 및 내용

구분	일자	대상	세부 내용 및 수행 방법	비고
멘토링 매칭 및 OT	4월 중	멘토·멘티	·멘토-멘티 1:1 매칭(유선·방문상담 진행) ·멘토·멘티별 OT진행(사업 안내, 자기소개, 멘토링 활동 계획서 작성 등)	-
멘토링 프로그램	4~11월	멘토·멘티	·1:1 멘토링 진행(총 10회기) ·진로, 학교생활, 자립 경험 공유 ·정서적 지지 및 사회성 강화 *멘토수당 지급, 월 2회이상, 1시간 활동	시간·장소 협의
진로 탐색 및 자립 기술 향상	7~8월	멘티	·진로 검사 진행 및 상담 ·상담을 통한 자기 이해 ·진로 로드맵 작성	진로
		멘티	·경제 개념 이해 ·용돈 관리, 소비·저축 교육	금융
		멘티	·위기 상황 대처 능력 향상	안전
		멘티	·바른 식생활 교육 ·바른 식생활 실천 및 건강 밥상체험	건강
		멘티	·시각장애 직업인 특강 ·진로 로드맵 작성	진로
권익 인식 기초교육	8월	멘티	·장애인 권리 이해 및 차별 대응 교육 ·장애인식개선 전문강사 활용	권익
	4~11월	멘토	·자기표현 및 의사소통 훈련(바디퍼커션)	자기 이해
독립 생활 준비캠프	11월	멘티	·자립생활 체험 프로그램 ·사회성 및 문제 해결 능력 강화 ·집단 활동을 통한 협력 경험	1박2일 캠프

4 참여자 모집 내용

○ 참여자(멘티 및 멘토) 제출 서류 및 신청 방법

가. 신청기간: 2026. 4. 6.(월) ~ 모집 완료 시까지

나. 제출서류

- 청소년 자립·진로 성장지원사업 멘티 신청서
- 청소년 자립·진로 성장지원사업 멘토 신청서
- 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

다. 신청방법: 이메일 접수 ggsg0070@gbw.or.kr (※ 이메일 발송 후 반드시 수신확인)

라. 문의: 역량강화지원팀 031-856-5300(내선333)

5 붙임서류

<첨부1> 청소년 자립·진로 성장지원사업 멘티 신청서

<첨부2> 청소년 자립·진로 성장지원사업 멘토 신청서

<서식1> 개인정보 수집·이용 및 제 3자 제공동의서

<첨부1>

청소년 자립·진로 성장지원사업 멘티 신청서



【프로그램 개요 안내】			
<p>본 사업은 시각장애 청소년을 대상으로 멘토링, 진로탐색, 자립기술 교육을 통해 자기이해와 진로 설계 역량, 실생활 자립 능력 향상을 지원하는 프로그램입니다.</p> <p>또한 본 신청서는 참여 의사 확인 및 멘토-멘티 매칭을 위한 기초 자료로 활용됩니다.</p>			
【개인 정보】			
이름		생년월일	년 월 일
성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	연락처	(본인) (보호자)
주소		장애등록 여부	<input type="checkbox"/> 등록 <input type="checkbox"/> 미등록
시각장애유형 및 장애정도	<input type="checkbox"/> 시각장애 <input type="checkbox"/> 시청각장애 <input type="checkbox"/> 시각지적장애 <input type="checkbox"/> 시각발달장애 <input type="checkbox"/> 기타() <input type="checkbox"/> 장애의 정도가 심한 <input type="checkbox"/> 장애의 정도가 심하지 않은		
시각장애 발생시기	<input type="checkbox"/> 선천 <input type="checkbox"/> 후천 (발생시기: _____)		
소속학교/기관명	학교	학년	
【자기소개 및 참여동기】			
<p>※ 현재의 나, 학교생활, 관심사 등을 자유롭게 작성해주세요.</p>			
【멘토링 희망분야 및 참여가능 시간】			
<input type="checkbox"/> 학습·공부 방법 <input type="checkbox"/> 진로 탐색 및 직업 관련 조언 <input type="checkbox"/> 생활·자기관리 기술(시간·금전·독립생활 등) <input type="checkbox"/> 사회적 기술 및 의사소통 <input type="checkbox"/> 정서·심리적지지 <input type="checkbox"/> 기타: _____ · 참여 가능 요일 및 시간: _____			
【신청 안내】			
<p>본 신청서는 「청소년 자립·진로 성장지원사업」 선정회의를 통해 심사·평가 후 최종 선정됩니다.</p> <p>신청서 제출만으로 프로그램 참여가 확정되는 것은 아니며, 선정 결과는 개별 연락을 통해 안내드립니다.</p> <p>선정되지 않을 수 있음을 사전에 안내드립니다.</p>			

<첨부2>

청소년 자립·진로 성장지원사업 멘토 신청서



【프로그램 개요 안내】			
<p>본 사업은 시각장애 청소년의 자기이해, 진로설계 및 실생활 자립 역량 향상을 위한 멘토링 프로그램입니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> · 운영: 4월~12월, 총 10회기 (회기당 1시간) / 활동비: 1회당 40,000원 · 본 신청서는 멘토-멘티 매칭을 위한 기초 자료로 활용됩니다. 			
【개인 정보】			
이름		생년월일	년 월 일
성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	연락처/이메일	(휴대폰) (이메일)
주소		장애등록 여부	<input type="checkbox"/> 등록 <input type="checkbox"/> 미등록
장애유형 및 장애정도	<input type="checkbox"/> 시각장애 <input type="checkbox"/> 시청각장애 <input type="checkbox"/> 시각지적장애 <input type="checkbox"/> 시각발달장애 <input type="checkbox"/> 기타()		
	<input type="checkbox"/> 장애의 정도가 심한 <input type="checkbox"/> 장애의 정도가 심하지 않은		
시각장애 발생시기	<input type="checkbox"/> 선천 <input type="checkbox"/> 후천 (발생시기: _____)		
【학력 및 소속】			
학교/소속		전공/직무	
현재 활동상태	<input type="checkbox"/> 재학 <input type="checkbox"/> 재직 <input type="checkbox"/> 구직 <input type="checkbox"/> 프리랜서 <input type="checkbox"/> 기타()		
【멘토 활동 관련 경험】			
<ul style="list-style-type: none"> · 시각장애 청소년과의 활동 경험: <input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음 · 멘토링·상담·교육·청소년 관련 활동 경험 (있을 경우 간략 기재) 			
【자기소개 및 참여동기】			
<p>※ 멘토로서의 강점, 진로·성장 경험 중심으로 작성해주세요.</p>			
【멘토링 가능분야 및 일정】			
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 학습·공부 방법 <input type="checkbox"/> 진로 탐색 및 직업 관련 조언 <input type="checkbox"/> 생활·자기관리 기술(시간·금전·독립생활 등) <input type="checkbox"/> 사회적 기술 및 의사소통 <input type="checkbox"/> 정서·심리적지지 <input type="checkbox"/> 기타: _____ <p>· 참여 가능 요일 및 시간: _____ ※멘토링 활동 가능 지역: _____</p>			

개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서			
경기도시각장애인복지관(이하 '복지관')은 「개인정보보호법」 제15조(개인정보의 수집·이용), 제17조(개인정보의 제공)에 의거하여 귀하의 개인정보 수집·이용함에 있어 동의를 받고 있습니다. 아래의 내용을 충분히 숙지하신 후 본인이 직접 서명해 주시기 바랍니다.			
1. 개인정보의 수집·이용 동의			
수집·이용 항목	수집·이용 목적	보유기간	
성명, 성별, 연락처, 생년월일, 주소	복지관 프로그램 참여를 위한 정보등록	회원탈퇴 시까지	
○ 귀하는 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 프로그램에 참여하실 수 없습니다. ○ 위와 같이 개인정보를 수집하는데 동의하십니까? [<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음]			
2. 민감정보의 동의			
수집·이용 항목	수집·이용 목적	보유기간	
장애유형, 장애정도, 건강상태	복지관 프로그램 참여를 위한 정보등록	회원탈퇴 시까지	
○ 귀하는 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 프로그램에 참여가 제한될 수 있습니다. ○ 위와 같이 개인정보를 수집하는데 동의하십니까? [<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음]			
3. 홍보·마케팅을 위한 개인정보의 수집·이용 동의			
수집·이용 항목	수집·이용 목적	보유기간	
성명, 사진/영상자료	정보 제공, 웹진 및 소식지 발송, 홈페이지 게재	회원탈퇴 시까지	
○ 귀하는 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 정보 제공 서비스를 받을 수 없습니다. ○ 위와 같이 개인정보를 수집하는데 동의하십니까? [<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음]			
4. 제3자 제공 동의			
수집·이용 항목	수집·이용 목적	제공받는 자	보유기간
성명, 생년월일, 사진/영상자료, 복지관 방문기록	복지서비스, 응급상황 모니터링	공공기관, 장애인 및 복지 단체, 의료기관	목적달성 시까지
○ 귀하는 위의 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며 수집된 개인정보와 서비스 내용에 대한 발급·중지·삭제를 요청할 수 있습니다. 동의를 거부할 경우 각종 복지서비스 및 응급상황 서비스를 받을 수 없습니다. ○ 위와 같이 개인정보를 수집하는데 동의하십니까? [<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음]			
년 월 일			
본인	성명	(서명 또는 인)	
보호자	성명	(서명 또는 인)	
경기도시각장애인복지관 귀하			