2024학년도 기회균등제 전형 지원을 위한

차상위계층 확인서

세대주명		학생명	해당 항목에 O 표시	
한글 :		한글 :	장애수당(　　)	우선돌봄차상위가구(　　)
			자활급여(　　)	한부모가정지원사업(　　)
한자 :		한자 :	장애인연금부가급여 (　　)	건강보험료본인부담경감 (　　)
주민 등록 : 번호		주민 등록 : 번호	※최종 확인 후 모든 표시란에 투명 테이프 등을 부착하여 위조 방지	
연락처	주소	(　우편번호　)		
	전화번호 (자택)		휴대전화	
출신학교 (재학중 포함)		(　　) 고등학교 (　　) 학교 고등부　　년　월　졸업(예정) (　　) 년 시행 고등학교 졸업 학력 검정고시 합격		

기회균형 선발 전형 응시를 위해 차상위 복지급여 대상 가구 확인을
위와 같이 요청합니다.

년　　월　　일

학생 성명 :　　(인)

보호자 성명 :　　(인)

붙임　1. 주민등록등본, 가족관계증명서
　　2. 정책 수혜를 받고 있다는 사실을 입증해 줄 관련 서류

위 기재 사항은 사실과 틀림없음을 확인함

년　　월　　일

학교장 (직인)

교육감 (직인)

(검정고시에 의한 고교졸업자격 소지자의 경우)

예원예술대학교 총장 귀하