

2027학년도 기회균형 선발전형 지원을 위한

차상위계층 확인서

세대주명		학생명	해당 항목에 ○ 표시			
한글 :		한글 :	장애수당	()	우선돌봄차상위가구	()
			자활급여	()	한부모가정지원사업	()
한자 :		한자 :	장애인연금 부가급여	()	건강보험료본인부담 경감	()
주민 등록 : 번호		주민 등록 : 번호	※ 최종 확인 후, 모든 표시란에 투명테이프 등을 부착 하여 위조 방지			
연락처	주소	□□□□□				
	전화번호 (자택)		휴대전화			
출신학교 (재학중 포함)		() 고등학교 () 학교 고등부 년 월 졸업(예정) () 년 시행 고등학교 졸업 학년 검정고시 합격				

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

년 월 일

학생 성명 : (인)
보호자 성명 : (인)

- 붙임 1. 주민등록등본, 가족관계증명서
2. 정책수혜를 받고 있다는 사실을 입증해줄 관련 서류

위 기재사항은 사실과 틀림없음을 확인함.

년 월 일

학교장 (직인)
교육감 (직인)
(검정고시에 의한 고교졸업자격 소지자의 경우)

예원예술대학교 총장 귀하