한국정신건강사회복지사협회
The korean Association of Mental Health Social Workers

수신자 기관(병원)장
(경유) 사회사업실(과)장, 정신건강사회복지사
제 목 2021년도 한국정신건강사회복지사협회 네트워크 강화사업(힐링학습모임지원) 신청 안내

1. 귀하의 무궁한 발전을 기원합니다.

2. 본 협회는 정신건강 사회복지부분의 전문적 지식과 기술을 개발, 실천하는 협회로서 전국 병 · 의원 및 지역사회 정신건강 관련기관(정신건강복지센터, 사회복귀시설, 정신요양시설 등)의 정신건강사회복지사들의 권익신장 및 전문교육과 훈련을 담당하고 있습니다.

3. 본 협회 권익증진위원회에서는 정신건강사회복지사의 새로운 에너지 충전과 복지향상에 기여하고, 협회원 간의 네트워크 강화를 통한 재도약의 기회를 제공하고자 '2021년도 네트워크 강화사업(힐링학습모임지원)' 을 실시 하오니, 아래 내용을 참고하시어 지원사업에 신청하여 주시기 바랍니다.

- 아 래 -

가. 제 목 : **2021년도 네트워크 강화사업(힐링학습모임지원)**
나. 지원대상 : 아래의 세 가지 조건에 모두 부합하는 자**(팀구성원 전체)**
1) 정신건강사회복지사 1급, 2급인 협회원
2) 최근 3년간 협회비를 완납한 협회원**(2019년 ~ 2021년)**
3) 위 조건에 부합하고, 본 사업에 참여를 희망하는 자
※ 3개 팀 중에 1개팀은 의료기관 실무자 우대
다. 지원금액 : **팀별 최대 1,200,000원 지원 (3개팀 선정)**
라. 지원내용

모임기간	- 2021년 4월 19일(월) ~ 2021년 12월 12일(일)
인 원	- 4명 ~ 6명 구성
신청조건	- **최소 3개 기관 실무자로 팀 구성(동일법인 1개 기관 이하 구성)** - 팀 구성원 중 **팀장(대표) 1명, 회계담당자 1명** 선정 - 결과 보고서 작성 가능한 팀
예 산	- **1팀당 최대 1,200,000원 이내로 지원금 편성하나,** 자부담으로 예산 범위를 초과하여 계획할 수 있음. ※ 지원 사업 신청 및 계획서 참고

마. 접수기간 : 2021년 3월 29일(월) ~ 4월 11일(일) 까지

바. 제출서류 : 1) 지원사업 신청서 1부 (붙임2 참조)

2) 지원사업 계획서 1부 (붙임3 참조)

3) 개인정보 수집・이용 동의서 각 1부(전체 팀구성원 제출) (붙임4 참조)

4) 회원의 의무이행 확인서류 각 1부(전체 팀구성원 제출)

- 연회비 납부 내역 출력

: 홈페이지 > 로그인 > 마이페이지 > 연회비 내역(2019~2021년도)

사. 접수방법 : **협회 이메일(kamhsw@hanmail.net) 접수**(방문/우편/팩스접수 불가)

※ 제출시 파일명 **'2021 힐링학습모임 지원사업 팀이름'** 기재

아. 결과발표 : **2021년 4월 16일(금) 협회 홈페이지에 공지 예정, 선정팀 개별 메일링**

자. 문 의 : 한국정신건강사회복지사협회 사무국 이메일(kamhsw@hanmail.net)로 문의

붙 임 : 1. 2021년도 네트워크 강화사업(힐링학습모임지원) 안내문 1부.

2. 2021년도 네트워크 강화사업(힐링학습모임지원) 신청서 양식 1부.

3. 2021년도 네트워크 강화사업(힐링학습모임지원) 최종보고서 양식 1부.

4. 개인정보 수집・이용 동의서(양식) 1부. 끝.

한 국 정 신 건 강 사 회 복 지 사 협 회 장

담 당 송유선 과 장 박지혜 부회장 김도윤 협회장 황정우

협조자 권익증진위원장 김수영

시행 한정사협(자) 21-051 (2021.03.26.) 접수

우 05719 서울특별시 송파구 송파대로 28길 13, 거북이오피스텔 410호 /http://www.kamhsw.or.kr

전화 02-702-5638 전송 02-701-5632 /kamhsw@hanmail.net /공개

[붙임1]

2021년도 한국정신건강사회복지사협회
네트워크 강화사업(힐링학습모임 지원) 안내

Ⅰ. 추진배경

1. 협회에서는 다양한 정신건강실천현장에 대한 이해를 높이기 위하여 연수, 소그룹 교육 지원활동 등을 전개하고 있음.
2. 정신건강 실천현장은 대상과 형태, 운영 프로그램 등이 다양하고 지속적인 역량강화 교육이 필요함. 전문성 향상을 위해 전문분야에 대한 깊은 통찰을 하기 위한 소집단 교육을 통한 재충전이 필요함.
3. 이에, 협회에서는 힐링학습모임 지원으로 정신건강사회복지사들이 새로운 에너지를 충전할 수 있도록 하며, 협회원간의 네트워크 강화 및 재충전을 통한 재도약의 기회를 제공하고자 함.

Ⅱ. 사업개요

1. 내용 : 2021년 힐링학습모임 지원 사업
2. 목적 : 힐링학습모임을 통하여 정신건강현장의 경험 및 학습으로서 정신건강사회복지사의 역량 강화와 실천의 질적인 향상을 목적으로 함. 또한 협회원 간 네트워크 강화 및 다양한 체험을 통해 재충전 기회를 제공하고자 함.
3. 지원대상
   1) 정신건강사회복지사 1급, 2급인 협회원
   2) 최근 3년간 협회비를 완납한 협회원**(2019년 ~ 2021년)**
   3) 위 조건에 부합하고, 본 사업에 참여를 희망하는 자
   ※ 3개의 팀 중 1개팀은 의료기관 실무자 우대
4. 지원금액 : 1팀당 최대 1,200,000만원(3개 팀 내외, 코로나 상황에 따라 팀별 운영)
5. 지원내용
   1) 모임운영기간 : 2021년 4월 19일(월) ~ 2021년 12월 12일(일)
   2) 모임 횟수/인원 : 기간 중 6회 이상 모임/ 팀당 4-6명 구성, 총 4명 이상 참여시 모임 인정
   3) 지원조건
      ① 최소 3개 기관이상 실무자로 4-6명의 인원으로 팀을 구성하여 신청 (동일법인 1개 기관 이하)
      ② 팀 구성원 중 팀장(대표), 회계 각 1명 선정 하여 신청
      ③ 힐링학습 주제 및 내용 자유선택
      ④ 자부담으로 예산의 범위를 초과하여 신청 가능
      ⑤ 결과 보고서 작성에 동의하는 자
   4) 예산
      ① 지원금 1팀당 최대 1,200,000원 이내로 편성 (1개 팀당 4-6명)하나, 자부담으로 예산 범위를 초과하여 계획할 수 있음
      ② 특정 수퍼바이저 또는 강사비의 총액이 전체 지원 예산의 50%를 초과하지 않기를 권장

③ 교재, 식비, 문화비, 강사료 등 학습내용에 맞게 예산 구성
④ 지원 사업 신청 및 계획서 참고

5) 선정기준
① 힐링학습의 목적성(의도성, 열정, 자발성)
② 실천 가능성 및 효과성(계획에 의거한 실천과 예산집행)
③ 효과적 모임 운영과 기여도(네트워크를 통한 힐링성장)
④ 1개 팀은 의료기관 실무자 우선 선정(지역기관 실무자 연계 가능)

6. 일정
1) 서류접수기간 : 2021년 3월 29일(월) ~ 4월 11일(일)
1) 심사결과발표 : 2021년 4월 16일(금) 협회 홈페이지 공지사항 게시, 선정팀 개별 메일링

7. 접수방법
1) 제출서류
① 지원사업 신청서 1부
② 지원사업 계획서 1부
③ 개인정보 수집·이용 동의서 각 1부(전체 팀구성원 제출)
④ 연회비 납입증명서(전체 팀구성원 제출)
- 연회비 납부 내역 출력 : 홈페이지 > 로그인 > 마이페이지 > 연회비 내역(2019~2021년도)
2) 접수방법 : **이메일 접수(kamhsw@hanmail.net) 유효**
※ 방문 및 팩스, 우편접수 불가
※ 제출시 파일명 **'2021 힐링학습모임 지원사업 팀이름'**
8. 결과발표 : 2021년 4월 16(금) 협회 홈페이지 공지사항 게시
9. 주최 : 한국정신건강사회복지사협회
10 . 주관 : 권익증진위원회
11. 문의 : 한국정신건강사회복지사협회 사무국(02-702-5638)

Ⅲ. 일정안내

날짜	내 용
2021년 3월 29일(월)- 4월 11일(일)	신청서 접수 및 마감
2021년 4월 15일(목)- 4월 16일(금)	선정 심사
2021년 4월 16일(금)	신청결과 공지 (메일발송, 홈페이지 게시)
2021년 4월 19일(월)-12월 12일(일)	사업수행
2021년 12월 15일(수)	결과보고서 제출 완료 및 회계정산
2021년 12월 20일(월)	결과보고서 확인 및 사업 종료

[붙임2]

2021년 한국정신건강사회복지사협회 힐링교육모임 지원 사업 신청서

신 청 팀 명	(개 기관, 명)	**소속지회**	
주 제			
힐링교육 기간	20 년 월 일부터 20 년 월 일까지 (개월 / 회기)		
팀대표자명 (소속기관)		**전 화**	
		이메일	
교 부 신 청			
신 청 금 액	원 (단위: 원)		
입금계좌번호 (입금은행)		**예금주**	

위와 같이 한국정신건강사회복지사협회에서 주관하는
힐링교육모임 지원사업을 신청합니다.

20 년 월 일

신 청 자 (팀장명) : (인)

한국정신건강사회복지사협회 귀하

2021 정신건강사회복지사 힐링교육모임 계획서

Ⅰ. 힐링연수계획

1. 팀명 :

2. 교육모임 주제 :

3. 운영의 목적 및 목표 :
○ 힐링학습모임의 필요성 (참여이유)
○ 힐링학습모임의 목표와 기대효과

4. 힐링교육모임 구성 현황

협회원번호	이름	소속기관 및 법인	직위	연락처	이메일	역할분담

※ 칸이 부족할 경우 추가하여 작성 가능

5. 힐링교육모임 일정
1) 힐링교육모임 기간: 2021년 월 일 ~ 월 일 (회기)
2) 세부내용 ※ 예상 일정을 계획하여 내용을 기술

회기	일 시	내용 및 방법	예산 및 산출근거	비고

※ 칸이 부족할 경우 추가하여 작성 가능

◉ 힐링교육모임 지원사업 예산운영 지침

1. 한팀당 신청 금액은 최대 1,200,000원 이내로 편성한다. 초과분은 자부담으로 편성 가능하다.
2. 1회 모임 기준, 교재, 식비, 문화비, 강사료 등이 포함된 금액으로 편성한다.
3. 수퍼바이저비, 강사비의 총액이 전체 지원 예산의 50%를 초과하지 못한다.

[붙임3]

한국정신건강사회복지사협회 2021년 힐링교육모임 지원사업
최종 종결보고 안내

다음 아래의 해당서류를 11/12(금)까지 모두 제출 해주시기 바랍니다.

1. 회계서류 우편발송

① 정산서 (1부)

② 증빙서류(영수증, 명세서 등) 원본 (1부)

③ 통장출납내역 사본 (1부)

※영수증은 체크카드 영수증, 금전등록기 영수증 등 객관적인 증빙이 가능한 것이 어야함.

※집행 날짜별로 예산항목을 구분하여 정리하고(최근 날짜를 제일 위로/항목별 분류), 해당 영수증을 부착하여 제시하여야 함.

2. 사업결과 보고서 우편발송 및 메일전송(kamhsw@hanmail.net)

※첨부양식 참조. : 결과보고서 마감일 11/12

3. 진행일지

※진행회기별 모든 진행일지를 결과보고 시 제출.

➤ **우편발송 주소** :

(05719) 서울특별시 송파구 송파대로 28길 13, 거북이오피스텔 410호

한국정신건강사회복지사협회 소그룹지원사업 담당자 앞.

Tel. 02-702-5638 / Fax. 02-701-5632 | E-mail. kamhsw@hanmail.net

한국정신건강사회복지사협회 2021년 힐링교육모임 지원사업

@@@팀 사업결과보고서

◆ 기본사항

1. 팀 개요

팀 명		모임주제			
팀인원수		소속단체수		모임횟수	
모임내용					
팀대표자 성명		팀대표자 소속		팀대표자 연락처	
활동지역					
지원금		집행액		잔액	원

◆ 사업평가

1. 진행사항 보고

계획			실제 진행사항		
회기	날짜	내용	날짜	내용	평가 (변동시 사유)

○실제 참여인원 명단 (계획과 별도로, 실제 모임에 참여한 구성원들의 정보를 기입)

구분	성명	소속	직위	연락처

2. 예산 정산

1) 수입지출 총괄표

(단위: 원)

항 목	총 예산	집행액	잔액	집행율(%)
총 계				
지원금				
자부담				

*자부담의 경우 기관별로 지출이 상이하여 교육비에 대해서만 통장입금처리. 기타 식비, 간식비등은 매회기 개별지출(예산에포함X)

*이자 지급 및 포인트환급으로 인한 잔액발생 : 마지막 교육(12/6) 평가비 지출 예정.

2) 지출 구체내역

(단위: 원)

항 목	일자	내 역	지출금액	집행율(%)	비고

3. 사업목표 대비 달성정도

1)

2)

4. 힐링학습모임 지원사업 참여 하면서 좋았던 점

5. 아쉬웠던 점 및 개선방안

6. 추후 계획

[붙임4]

2021년 정신건강사회복지사 힐링연수지원사업 개인정보활용 동의서

<table>
<tr><td rowspan="2">팀대표
기본정보</td><td>이 름</td><td></td><td>주민등록번호</td><td></td></tr>
<tr><td>연락처</td><td></td><td>정신건강사회복지사</td><td>☐ 1급 ☐ 2급</td></tr>
<tr><td colspan="2">팀 명</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="7">팀원 구성명단
팀원 모두 동의서 제출 필요</td><td>성명</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>개인정보
제공 동의</td><td colspan="4">한국정신건강사회복지사협회에서는 2019년 정신건강사회복지사 힐링연수사업에서 귀하의 개인정보를 아래와 같이 수집·이용하고자 합니다. 다음의 사항을 숙지하시고 동의 여부를 확인하여 주시기 바랍니다.
① 제공받는 자(기관) : 한국정신건강사회복지사협회
② 이용목적 : 2019년 정신건강사회복지사 힐링연수프로그램 신청
③ 제공항목 : 성명/소속/연락처/주소/주민등록번호/이메일/생년월일
④ 개인정보 보유 및 이용기간 : 사업시행 후 5년
⑤ 개인정보활용 동의 : ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음
개인정보보호 수집·이용 및 정보주체의 제공을 원하지 않을 경우 동의하지 않을 수 있으며, 동의하지 않을 경우 본 프로그램에 참여가 불가합니다.</td></tr>
</table>

위 내용은 사실과 틀림없으며 다음과 같이 2019년 정신건강사회복지사 힐링연수지원사업을 신청합니다.

20 년 월 일

신청자 : (인)

한국정신건강사회복지사협회장 귀하