



희망의 동반자, 사회변혁의 주역이 되어 국가발전에 기여하는 지장협

아산시장애인복지관

수신자 수신처 참조

(경유)

제 목 장애인식개선교육 및 장애체험 신청 안내

1. 장애인 복지증진에 애쓰시는 귀 기관의 무궁한 발전을 기원합니다.
2. 우리복지관은 아산시지역의 장애인들에게 각종 상담 및 치료, 교육, 직업, 사회심리 등 장애인의 지역사회생활에 필요한 종합적인 재활서비스를 제공하여 건전한 사회구성원으로 서 책임 있는 삶을 살아가며 자신의 능력을 개발하여 자립하도록 지원하는 장애인지역사회재활 시설입니다
3. 장애인복지법 제25조 1항, 동법 시행령 제16조 1·2항, 장애인차별금지법 제32조 6항 등(장애인에 대한 인식개선을 위한 교육)에 근거하여 아산시장애인복지관에서는 충청남도 의 지원을 받아 장애인인권강화지원사업의 일환으로 장애인식개선교육 및 장애체험 진행하고 있습니다.
4. 이에 불임과 같이 2017. 8. 25(금)까지 참여 신청을 받아 교육을 진행하고자 하오니 적극적인 신청 바랍니다.

- 붙임 1. 장애인식개선교육 및 장애체험 안내 1부.
2. 장애인식개선교육 및 장애체험 순회 교육 신청서 1부. 끝.

아산시장애인복지관장



수신처 : 아산시청 외 125곳

담당 116 상현 팀장 안지현 사무국장 김/은/은 판장 이/광/로

협조자

시행 지역권익17- 1814 (2017-08-08) 접수 ()

우 31501 충청남도 아산시 곡교천로 27번길 12 / <http://www.asanrehab.co.kr>

전화 041-545-7727 / 전송 041-545-7757 / shaohrang@hanmail.net / 공개

장애인식개선 및 장애체험 순회교육 안내

아산시장애인복지관은 충청남도의 지원으로 장애인인권강화지원사업을 진행하고 있습니다. 본 사업은 비장애인들에게 장애에 대한 이해·인식개선교육 및 보장구를 이용한 체험을 통하여 잘못된 장애인식을 개선하고, 장애인도 우리사회의 한 구성원으로서의 인식을 확산하여 장애인 인권침해를 예방하고 지역사회통합을 위한 프로그램입니다.

인식개선 관련 교육 근거

- 장애인복지법 제25조 ① 국가와 지방자치단체는 학생, 공무원, 근로자, 그 밖의 일반국민 등을 대상으로 장애인에 대한 인식개선을 위한 교육 및 공익광고 등 홍보사업을 실시하여야 한다.
- 장애인복지법 시행령 제16조 ① 중앙행정기관의 장과 지방자치단체의 장은 법 제25조에 따라 소속 직원들 대상으로 하는 장애인에 대한 인식개선을 위한 교육계획을 매년 수립·시행하여야 한다.
- ② 「초·중등교육법」에 따른 학교의 장은 법 제25조에 따라 학생을 대상으로 장애인에 대한 인식개선을 위한 교육을 1년에 1회 이상 하여야 한다.
- 장애인차별금지법 제32조 ⑥ 국가 및 지방자치단체는 장애인에 대한 괴롭힘 등을 근절하기 위한 인식개선 및 괴롭힘 등 방지 교육을 실시하고 적절한 시책을 강구하여야 한다.

1. 신청기간 : 2017. 08. 14.(월) ~ 08. 25.(금) 18:00까지
2. 교육일정 : 2017. 09. 04.(월) ~ 09. 29.(금)
3. 교육시간 : 1회 140분
4. 교육비 : 무료
5. 모집기관 : 교육을 희망하는 아산시 소재 기관 및 단체 4곳
6. 교육대상인원수 : 1회 30명 이내(30명 이상인 경우 교육시간 조정 필요)
7. 장애인식개선교육 및 장애체험 내용

구 분	교육시간	내 용	비 고
장애인식개선교육	60분	· 장애인 인권침해예방교육 · 장애이해교육	
장애체험	60분	· 장애보장구를 활용한 체험교육 - 지체장애체험(이동/이동보조 방법) - 시각장애체험(안내보행, 단독보행) - 지적장애체험(거울 보며 미로그리기)	
소감문 작성	20분	· 교육 후 변화 된 자신의 생각 정리하기	
총 소요시간	140분		

8. 신청방법 : 2017년 8월 25일(금)까지, 이메일·우편·팩스 전송
(수요가 많을 경우 조기 마감 될 수 있습니다.)
9. 문 의 : 박상현 사회복지사(지역권익옹호팀)
가. 연락처 - (041)545-7727, 7710 FAX (041)545-7757
나. Email - shaohrang@hanmail.net

[붙임 2]

장애인식개선교육 및 장애체험 순회교육 신청서

기관명 (단체명)			
기관주소			
전화번호		팩스번호	
담당자		휴대폰번호	
대상자			
참가인원	총 _____명 (남 _____명, 여 _____명)		
교육희망일시 (구체적으로)	1. 2017년 ____월 ____일 ____시 부터 ____시 까지 2. 2017년 ____월 ____일 ____시 부터 ____시 까지		
기타요청 및 문의사항			

위와 같이 '장애인식개선교육 및 장애체험' 순회교육을 신청합니다.

2017년 월 일

아산시장애인복지관 귀중

※ FAX : (041) 545-7757