

1. 사업개요

- 사회복지시설 종사자의 연차휴가, 보수교육, 경.조사 등의 사유로 불가피하게 돌봄서비스 등을 제공하지 못하는 경우 사회복지시설에 대체인력 파견지원

2. 사업기간: 2018년 2월 ~ 12월

3. 목적

- 사회복지종사자가 연차휴가 사용이나 보수교육 참여 등 단기간 결원으로 인한 돌봄서비스 질적 저하 방지 및 업무공백 최소화, 종사자의 휴식보장 등 안정된 시설운영으로 양질의 일자리 환경 조성

4. 추진근거

- 「사회복지사 등의 처우와 지위 향상을 위한 법」제3조(사회복지사 등의 처우개선과 신분보장)

제3조(사회복지사 등의 처우개선과 신분보장) ① 국가와 지방자치단체는 사회복지사 등의 처우를 개선하고 복지를 증진함과 아울러 그 지위 향상을 위하여 적극적으로 노력하여야 한다.

5. 사업대상

- 지원대상 : 서울시 국고지원 사회복지시설

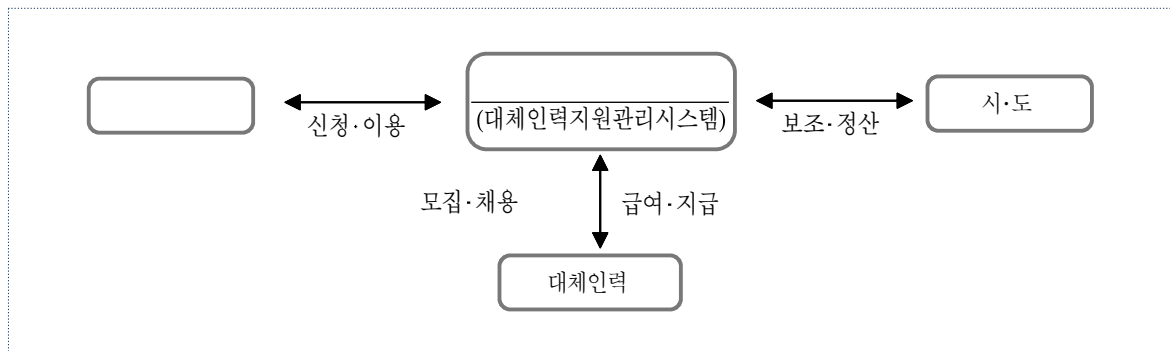
- 장애인거주시설, 정신요양시설, 노숙인 요양·재활시설, 노인양로시설, 한센·결핵시설 등

- 지원사유 : 본인 연차휴가, 교육, 결혼 등

- 연차휴가, 보수교육 : 본인
- 경사 : 본인, 자녀 결혼
- 조사 : 배우자, 직계존비속, 형제자매
- 병가 : 5일 이내
- 출산 : 배우자 5일 이내
- 기타 : 기타 휴가 및 외부 연수(교육) 등 업무 공백시

- **지원내역** : 사회복지시설 **돌봄 인력, 조리원의** 연가, 교육 참석, 경·조사 등에 따른 업무 공백 시 사회복지대체인력지원센터에 채용된 대체인력 파견
 - 시설별로 1명씩 우선 지원 (* 시·도 특수시책 사업과 중복되지 않도록 유의)
 - 분할 사용 불가, 토요일은 미지원
- **지원일수** : 1인 1회 연속 5일 원칙 (*추 후 확대 예정)
 - * 1일 단위 신청 불가하며, 종사자들의 휴가일수를 합산하여 연속적 이용 가능
(예 : A시설에 B종사자 2일 + C종사자 3일 합산 이용 가능(연속))
 - * 직원들이 연속적으로 휴가 사용할 경우 1인 대체 인력, 1 기관에 최대 1달까지 파견 가능
 - * 5일 이하는 단기대체지원인력풀 활용 가능하나, 5일 연속이 우선 지원임
- **신청방법** : 휴가일이 속한 전월 1일~20일 신청 (이후 신청 불가)
 - * 예 : 4월16일~20일(5일) 휴가 사용 시 → 3월1일~20일 신청가능
 - * 단 3월까지는 휴가 2주 전까지 신청 가능

6.



7. 신청 및 지원절차

		세부내용	관련서류
신청	대체인력 홈페이지 시설회원 가입	- http://job.sasw.or.kr - 회원가입 후 담당자에게 유선 확인 (시설회원으로 그룹변경 필요)	[첨부] 시설설치신고증
	파견요청(시설) - 구인신청서 등록	- 휴가일이 속한 전월 1일~20일 (이후 신청 불가)) 4월16일~20일(5일) 휴가 사용 시 → 3월1일~20일 신청가능 * 단, 병가(5일 미만), 조사, 배우자 출산의 경우 확인 후 당일접수 가능 * 3월에 한하여 2주일 전까지 신청 가능 - 추천인력은 홈페이지 <u>인력등록(개인)-구직신청서</u> 등록	
↓			
협회 접수	접수확인 및 선정	- 지원 대상 기관 확인 및 휴가 사유 확인 - 대체인력 파견 일정 확인 및 조정	
↓			
협회 대체인력 배치	결과공지 및 공문 발송	- 대체인력 배치 및 결과 공지 - 파견 공문 발송 (협회→참여기관)	- 공문 - 대체인력 파견서 - 근무상황부 및 인 건비지급 신청서
↓			
참여기관 대체인력 근무	대체인력 근무 및 관리	- OT / 업무안내 - 근무관리 : 근무상황부 작성 - 대체인력 근무 및 평가	
↓			
참여기관 대체인력 종료	대체인력 파견결과보고	- 파견 결과 서류 제출 (참여기관→협회) * 파견 종료 후 3일 이내 - 홈페이지 <u>파견요청(시설)-인건비신청서</u> 등록 * 관련 서류 스캔본 첨부 * 평가설문 구글독스 링크 참조	- 대체인력 파견서 - 근무상황부 및 인 건비지급 신청서 - 평가설문
↓			
협회 인건비 지급	대체인력 인건비 지급	가. 상시인력 : 월 급여일에 인건비 지급 나. 단기근로자 → 참여기관 파견 종료 후 3일 이내 결과서류 취합 → 서류취합 및 확인 → 근무 종료 후 1주일 이내 인건비 지급 (매주 금요일) * 인건비 관련 서류 완비 후 인건비 지급 * 대체인력에게 바로 지급	

Ⅱ

사회복지시설 종사자 대체인력지원 세부내용

1. 대체인력 자격 및 근무

가. 대체인력 자격 기준

1) 우선선발 대상 : 취업취약계층 우선선발(50%)

2) 사회복지직 돌봄인력

○ 만 20세 이상 60세 이하의 신체적·정신적으로 대체인력 참여가 가능한 자

* 가능한 연령 기준 준수, 단 시설에서 추천자 있을 경우 단기인력으로 파견 가능

○ 사회복지사, 요양보호사, 자격증 소지자 또는 자격취득 예정인 관련학과 졸업예정자

* 관련학과 졸업 예정자는 채용 후 2개월 이내 자격증 사본 제출

○ 기타 사회복지 관련 자격증 소지자

○ 대체인력의 범위 및 우선순위

- 1순위 : 자격소지자 및 요양보호사, 보육사 자격을 취득한 후 6개월 이상 근무경력자

- 2순위 : 사회복지사, 요양보호사 및 보육사 자격 소지자

- 3순위 : 기타 사회복지 관련 직종의 자격증 소지 후 현장실무경력이 6개월 이상인 자

나. 대체인력 파견(근무)내용

1) 근무시간

○ 1주당 40시간 이하의 범위(점심 및 취침시간은 근무시간에서 제외)에서 대체인력지원센터에서 정하는 바에 의함

○ 대체인력 희망자의 근무는 야간시간(오후 10시~오전 6시)에는 원칙적으로 제외

2) 근무장소

○ 대체인력 희망자의 근무 장소는 대체인력지원센터에서 정하는 바에 의하되, 해당 지역내 대상시설로 국한함

3) 근무내용

- 대체하는 시설종사자 업무를 원칙으로 하되, 근무지 사업장이 업무에 필요한 경우 근무지 시설장이 지정하는 업무에 종사함 (돌봄인력 대체근무)

4) 근무상태 확인

- 대체인력 참여기관(대상시설장)은 대체인력 희망자의 출퇴근시간, 근무상황내역 등을 반드시 확인하여 대체인력지원센터(또는 관리시스템)에 보고하여야 함
- 대체인력 희망자가 정당한 사유 없이 사업에 참여하지 않은 경우에는 대체인력지원센터와의 계약을 해지할 수 있음
- 대체인력지원센터는 대체인력 희망자의 근무상태를 확인하기 위해 불시에 대상시설을 방문하거나 전화를 통해 모니터링 할 수 있으며, 모니터링 결과에 따라 별도의 조치를 취할 수 있음

3. 대체인력 임금 및 수당

1) 임금 (2018 서울시 생활임금 기준)

- 월 2,026천원 (식비, 4대보험 포함 / 퇴직적립금 별도적립)
- 주 465천원 (주5일, 40시간 근무시, 식비, 주휴후당, 고용, 산재 포함)

2) 적용원칙

- 지원시간은 대체인력 근무자가 대상시설에 도착하여 필요한 서비스를 제공하기 위한 준비·제공 및 마무리에 소요된 총시간을 말함

3) 휴일 및 야간 단가

- 휴일(토·일 포함) 및 야간근무에 대한 지원은 원칙적으로 제외

4. 부당행위 관리 및 제재

1) 대상시설 관리 및 제재

- 대체인력 지원 참여시설이 허위신청, 기타 부정한 방법으로 대체인력을 지원받아 활용하는 경우에는 3개월 동안 신청 불가
- 대상시설은 2회 이상 허위, 부정한 방법으로 대체인력을 지원 받은 경우, 대체인력 지원사업의 참여를 제한함.
- 보조금 부정수급에 해당하여 관련 규정에 따라 처벌될 수 있음.

2) 시설종사자의 관리 및 제재

- 시설종사자가 대체인력 신청을 허위로 하였거나, 기타 부정한 방법으로 대체인력을 지원받은 경우, 해당 시설종사자는 대체인력 지원을 제한함
- 시설종사자가 소속된 대상시설은 관리 소홀의 책임을 물어 1회 발생 시 경고, 2회 참여를 제한함.

3) 부당한 근로행위의 제한

- 대체인력 직원은 대상시설의 시설종사자를 대신하여 돌봄서비스를 수행하는 자로써, 서비스의 범위를 벗어난 근로행위는 이를 거부할 수 있음
- 대상시설의 장이 대체인력 직원에게 부당한 근로행위를 지시한 경우, 대체인력지원 센터는 대체인력 직원을 즉시 철수할 수 있으며, 위반 정도에 따라 향후 지원을 중단할 수 있음.

5. 대체인력 참여 제한 사항

- 대체인력을 희망하는 자는 당해 연도의 건강진단서를 제출하여야 하며, 전염성질환이 있는 경우 대체인력 참여 제한
- 사회복지시설 종사자의 자격사항(사회복지사업법 제35조의2)에 따라 해당하는 경우 대체인력 참여 제한
 - 사회복지사업 또는 그 직무와 관련하여 아동복지법 제71조, 보조금관리예관한법률 제40조부터 제42조까지 또는 형법 제28장, 제40장(제360조는 제외한다)의 죄를 범하거나 이 법을 위반하여 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람
 - 100만원 이상의 벌금형을 선고받고 그 형이 확정된 후 5년이 지나지 아니한 사람
 - 형의 집행유예를 선고받고 그 형이 확정된 후 7년이 지나지 아니한 사람
 - 징역형을 선고받고 그 집행이 끝나거나(집행이 끝난 것으로 보는 경우를 포함한다) 집행이 면제된 날부터 7년이 지나지 아니한 사람
 - 「성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법」제2조의 성폭력범죄 또는 「아동청소년의 성보호에 관한 법률」 제2조제2호의 아동청소년 대상 성범죄를 저지른 사람으로서 형 또는 치료감호를 선고받고 확정된 후 그 형 또는 치료감호의 전부 또는 일부의 집행이 끝나거나(집행이 끝난 것으로 보는 경우를 포함한다) 집행이 유예·면제된 날부터 10년이 지나지 아니한 사람

○ 성범죄경력자는 대체인력 참여 제한

- 장애인복지법 제59조의3(성범죄자의 취업제한 등) : 성범죄경력자는 형 또는 치료감호의 전부 또는 일부의 집행종료, 집행유예·면제된 날부터 10년 동안 장애인복지시설을 운영하거나 장애인복지시설에 취업 또는 사실상 노무를 제공할 수 없도록 함

○ 기타 대체인력 참여 제한 사유

- 지원대상시설의 장 및 종사자의 배우자, 직계혈족, 직계혈족의 배우자

※ 직계혈족이란 직계존속, 직계비속을 말함(민법 제768조)

- 사회복지사업법에 의한 사회복지시설의 장 및 종사자(계약직 포함)

- 사회복지대체인력지원센터의 장 및 종사자

- 기타 대상시설과 관련된 관계법령의 종사자 자격기준에 부합하지 아니한 자

대체인력지원 신청서 및 시설안내문 (홈페이지 등록 같음)

구인신청서

Home > 과업요청(시설) > 구인신청서

* 필수항목

구인원활		신청 <input type="checkbox"/>	
기관원활	기관명	<input type="text"/>	
	기관장	<input type="text"/>	
	전화번호	055 283 3264	
	시설유형	<input type="radio"/> 이용시설 <input type="radio"/> 생활시설 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	전체종사자수	남 <input type="text"/> 명 여 <input type="text"/> 명	
주소	우편번호	50-806	검색
	주소	기본주소 서울 영등포구 당산로 171 상세주소 서울 영등포구 당산동4가 74-2	

대체인력	신청기간 *	<input type="text"/> 삭제 ~ <input type="text"/> 삭제 <input type="text"/> 일 (몇 일 근무인지 입력해주세요.)	신청시간	ex) 09:00-18:00
	신청사유	<input type="radio"/> 장기근속유가 <input type="radio"/> 서울시 단체연수 신청사유가 기타일경우에 기타 항목을 적어 주세요.		
	희망직종	<input type="radio"/> 사회복지사 <input type="radio"/> 생활재활교사 <input type="radio"/> 직업훈련교사 <input type="radio"/> 요양보호사 <input type="radio"/> 수화통역사 <input type="radio"/> 영양사 <input type="radio"/> 조리사 <input type="radio"/> 취사원 <input type="radio"/> 미화관리인 <input type="radio"/> 안전관리 <input type="radio"/> 간호사 <input type="radio"/> 운전기사 <input type="radio"/> 상담사 <input type="radio"/> 기타 기타 희망직종을 선택하신분을 해당 직종을 입력해주세요.		
	희망연령	<input type="checkbox"/> 20대 <input type="checkbox"/> 30대 <input type="checkbox"/> 40대 <input type="checkbox"/> 50대 <input type="checkbox"/> 60대이상 <input type="checkbox"/> 무관		
	희망성별	<input type="radio"/> 남자 <input type="radio"/> 여자 <input type="radio"/> 무관	경력조건	<input type="radio"/> 신입 <input type="radio"/> 경력 <input type="radio"/> 무관
기타사항	* 무대 조건 및 요구사항 * 기타 희망사항, 권의사항 등			

시설추천자	이름 (근무예정자)	<input type="text"/>		연락처	<input type="text"/>
	생년월일	<input type="text"/>	삭제	성별	<input type="radio"/> 남자 <input type="radio"/> 여자
	주소	우편번호 <input type="text"/> 검색 기본주소 <input type="text"/>			

	상세주소		
	추천배경 및 이유		
지원 계획	기관특성	이용자수 () 명 / 이용자 특성 (이용자성별, 장애종류, 장애정도 등):	
	담당업무	*근로계약서에 명시됩니다 ※ 근로계약서에 명시 될 내용으로 입력해주세요. ex) 조리사: 식사조리 및 배식, 청소 및 정리 등. - 함께 일하는 직원 수 - 식수인원 등	
	식사지원	<input type="radio"/> 시설에서지급 <input type="radio"/> 인근식당이용 <input type="radio"/> 개별도시락 <input type="radio"/> 기타 <input type="text"/> 기타 식사지원의 경우 지원항목을 입력해주세요.	
관리 메뉴	연결구직자 고유번호	<input type="text"/> 고유번호는 회원정보 member_id입니다.	연결구직자 ID <input type="text"/> 본 구인신청에 연결된 구직자 아이디를 입력해주세요.
	회원검색	<input type="text"/> 사용자를 찾아보세요.	

첨부파일 - 해당하는 서류 첨부 바랍니다.

- 휴가신청자 재직증명서
- 추천서(추천하는자가 있을 경우)
- 휴가신청서(강동구대체인력의 경우)

문서 첨부 제한 : 10Byte / 200.00MB
 파일 크기 제한 : 200.00MB (하루 확장자 : 1개)

본 시설에서는 서울특별시사회복지협의회에서 실시하는 「대체인력지원사업」 대체인력 파견을 신청하고자 이 원서를 제출하며,
위 기재사항에 허위, 착오가 있을 시 어떠한 불이익에도 이의를 제기하지 않겠습니다.
(위즈원)은 서울특별시사회복지협의회에서 실시하는 「대체인력지원사업」에
참여하고자 위와 같이 신청합니다.

서울특별시사회복지협의회

등록

돌(

홈페이지 수정 중

- 복지부대체인력지원사업 첨부파일 해당 없음 (휴가신청서, 추천서 해당 없음)

[복건복지부 대체인력지원사업]
근무일지 및 인건비 지급신청서

명 (대체인력)		매칭방법	<input type="checkbox"/> 시설추천 <input type="checkbox"/> 협회파견
-------------	--	------	--

근무기간	월 일 ~ 월 일 (일간)
근무시간	(: ~ :) / 1일 ()시간 근무

대체인력 근무일지			
근무일시	근무내용	담당자확인 (서명 또는 인)	대체인력확인 (서명 또는 인)
월 일 : ~ :			
월 일 : ~ :			
월 일 : ~ :			
월 일 : ~ :			
월 일 : ~ :			

※ 셀 추가하여 작성 가능

※ 「근무일지 및 인건비지급 신청서」 작성 후, 스캔본으로 홈페이지 인건비신청 게시판에 업로드

2018년 월 일

신청기관

(직인)

지원 중단요청서

요청자	시설 <input type="checkbox"/> 대체인력 <input type="checkbox"/> 대체인력지원센터
시설명	<div>시설 유형</div> 노인양로시설 <input type="checkbox"/> 장애인거주시설 <input type="checkbox"/> 정신요양시설 <input type="checkbox"/> 노숙인요양·재활시설 <input type="checkbox"/> 한센·결핵시설
시설장	시설종사자 수 총 명 (남 ____명 / 여 ____명)
	돌봄종사자 수 총 명 (남 ____명 / 여 ____명)
시설소재지	연락처 Tel)
	Fax)
	E-mail)

대체인력	이 름	
	연락처	
지 원 중 단 사 유 (자세히 기술)		
중 단 요청일		

시설 및 대체인력은 요청서 작성과 함께 대체인력지원센터로 연락 요망

위와 같은 내용으로 대체인력지원 업무 중단을 요청합니다.

년 월 일

기관명

(직인)

서울특별시사회복지사업협회장 귀하