[양식1]

**서울독립영화제2025 후반 제작지원 사업 신청서**

1. **지원 작품**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **프로젝트 명** |  | | |
| **연출(감독)** |  | **프로듀서(제작사)** |  |
| **상영시간** | 분 | **제작비** | 원 |
| **규격(포맷)** | □ 4K □ 2K | **색채** | □ 컬러 □ 흑백 □ 혼합 |
| **지원부문** | 전체 지원 □ | DI + 사운드 + DCP + 영화음악 풀 패키징 | |
| 부분 지원 □ | □ DI □ 사운드 □ DCP □ 영화음악 중 체크(중복 가능) | |

※ 전 부문 후반 제작지원 사업이나, 부문 지원도 가능합니다.

**2. 신청자 정보**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **신청인(택 1)** | □ 감독 □ 프로듀서(제작사) | | |
| **이 름** |  | **출생 연도** |  |
| **휴대폰** |  | **이메일** |  |

**3. 작품 정보**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **연출(감독)** |  | **장르** |  |
| **시나리오(원작자)** |  | **촬영** |  |
| **기타스태프** |  | **출연** |  |
| **촬영개시일** |  | **촬영종료일** |  |
| **온라인링크** | 60분 이상의 러프컷 영상 편집본 (비메오, 유튜브 링크로 제출) | | |

**4. 작품 소개 및 연출 이력**

|  |  |
| --- | --- |
| **시놉시스**  **(1000자 이내)** | 간략하게 요약 서술 바랍니다. |
| **연출 및 이력** | (예시) – 작성 시 삭제  <시프트> 2019, 극영화, 17min, 서울독립영화제 특별언급  <어제와 다른 세계> 2020, 애니메이션, 15min, 서울독립영화제 우수작품상 수상  <Back to Back> 2021, 극영화, 25min, 서울독립영화제 대상 |

※ 연출 및 기타 이력은 간소하게 조정하여 작성해 주시기 바랍니다.

**5. 신청 전 확인사항**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **서울독립영화제**  **상영 동의** | 본 프로젝트에 선정될 경우 2025년 서울독립영화제 상영은 필수입니다.  동의하십니까? | YES  □ | NO  □ |
| **프리미어** | 본 프로젝트에 선정된 후 서울독립영화제2025 프리미어상영(최초공개)에 동의하십니까? (본 사항은 우대조건에 해당되며 필수는 아닙니다.) | YES  □ | NO  □ |
| **지원 요강** | 본 프로젝트가 제시하는 지원 요강을 충분히 검토하고 조건 및 제한 내용에 숙지하셨습니까? | YES  □ | NO  □ |

**서울독립영화제2025 후반 제작지원 사업 규정에 동의하며, 위의 기재 내용이 사실임을 확인합니다.**

2025년 월 일

신청자 : (날인생략)

※ 첨부서류

1. 시나리오 및 구성안 1부(PDF)

2. 60분 이상의 러프컷(이야기의 시작과 끝이 있는) 영상 편집본 -> 신청서 내 온라인 링크 기재

3. 성범죄·성희롱 사실확인서

4. 기타 프로젝트 이해를 돕는 추가 자료 (\*희망자에 한해 제출)

|  |
| --- |
| 수집된 개인정보는 사업신청을 위해서만 활용됩니다. 개인정보보호법 등 관련 법규에 의거하여 상기 본인은 개인정보 수집 및 이용에 동의합니다. |

**서울독립영화제2025집행위원회 귀중**

[양식2]

**성범죄·성희롱 사실확인서**

|  |
| --- |
| □ 이름 :  □ 생년월일 :  본인은 2025년 서울독립영화제 후반 제작지원 사업에 신청함에 있어  성범죄·성희롱 사실과 관련하여 아래와 같이 확인합니다.  ○ 성범죄로 형 또는 치료감호의 판결이 확정된 사실  □있음 □없음  ○성범죄로 수사나 재판이 진행 중인 사실  □있음 □없음  ○남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률 제2조 제2호상의 직장 내 성희롱(이하 ‘성희롱’)을 한 사실  □있음 □없음  만약 상기 확인 내용이 사실이 아니거나, 성범죄로 인해 향후 형 또는 치료감호의  판결이 확정될 경우에 지원 결정이 취소될 수 있음을 숙지하며 이를 확인합니다.  확인자 (서명)  2025년 월 일  **서울독립영화제2025 집행위원회 귀중** |