

(사)건강나눔영경후원회

수 신 수신처 참조

(경유)

제 목 건강나눔영경후원회 '2024 우리 함께 걸어요! 인공관절 수술비 지원사업' 안내

1. 귀 기관의 무궁한 발전을 기원합니다.
2. 건강나눔영경후원회는 아름다운 지역사회를 만들기 위하여 의료취약계층 지원사업과 저소득층을 위한 지역사회 협력사업 등을 진행하고 있습니다.
3. 건강나눔영경후원회는 영경의료재단 전주병원&호성전주병원과 함께 '2024 우리함께 걸어요! 인공관절 수술비 지원사업'을 아래와 같이 진행하고자 하오니 귀 기관의 많은 협조 부탁드립니다.

- 아 래 -

- 가. 사 업 명 : '2024 우리 함께 걸어요! 인공관절 수술비 지원사업'
나. 사업기간 : 2024년 1월 ~ 예산 소진시 까지
다. 지원내용 : 인공관절 수술비 본인부담금 최대 70%실비 지원
라. 신청대상 : 수술적 치료가 필요하다고 인정되는자로 의료적, 경제적 취약자
마. 신청방법 : 붙임1. 참고
바. 문 의 : 전주병원 사회사업팀 전화 063-220-7579,7259

- 붙임. 1. 인공관절 수술비 지원사업 안내 1부
2. 지원신청서 1부.
3. 개인정보동의서 1부. 끝.

(사)건강나눔영경후원회



수신처 : 전북특별자치도 14개시군 보건소 및 행정복지센터, 도내 복지관, 노인장기요양기관, 복지유관기관 등

담당 박혜령 운영위원장 오수영 회장 박경희

시 행 영경후원회 2024-005 (2024.06.17) 접수 ()

주 소 우)54810 전북특별자치도 전주시 덕진구 변영로 462

전 화 (063)220-7579

FAX (063)220-7260

shareyoungkyung@naver.com

건강나눔영경후원회-전주병원이 함께하는 인공관절 수술비 지원 사업

■ 우리 함께 걸어요! 인공관절수술비지원 사업이란?

퇴행성관절염으로 치료나 수술을 권유받았음에도 고액의 치료비 부담 때문에 치료를 미루고 있는 저소득층에게 수술과 치료의 기회를 제공함으로써 삶의 질을 높이기 위하여 의료비를 지원하는 사업

■ 사업 개요

- 사업명 : 우리 함께 걸어요! 인공관절 수술비 지원 사업
- 사업대상 : 수술적인 치료가 필요하며, 경제적으로 도움이 필요한 자
- 선정기준 : 수술적인 치료가 필요하다고 인정되는자로 의료적, 경제적 취약자 우선순위로 선정

■ 요청 사항

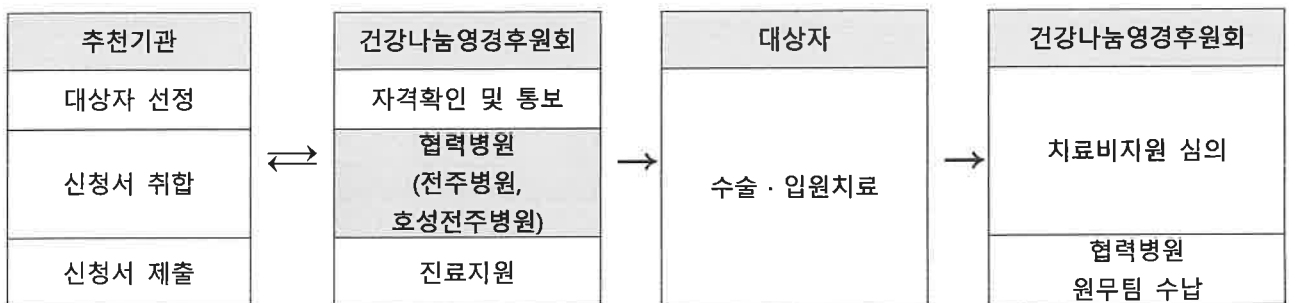
- 대상자 선정 후 붙임2(신청서)작성 및 제출서류 취합 후 발송
- 신청서 제출기한 : 2024년 1월 ~ 예산 소진시

■ 사업 내용

지원대상	<ul style="list-style-type: none">- 국민기초생활보장수급자 및 차상위보인부담경감대상자- 중위소득 100%이하 저소득 가구- 수술적 치료가 필요하다고 인정된 자 중 지원이 필요하다고 판단된 자
지원내용	<p>1) 지원범위</p> <ul style="list-style-type: none">- 본인부담금 최대 70% 실비지원 (한쪽, 양쪽 포함)- 타기관 또는 사보험에서 수술비를 지원받는 환자의 경우, 지원, 보장금을 제외한 나머지 금액을 지원함- 추가적 지원이 필요하다고 판단되는 환자의 경우 추가지원 가능- 최대 상한 500만원까지 지원 <p>2) 지원제외</p> <ul style="list-style-type: none">- 간병비, 상급병실료, 보호자식대, 제증명료, 의료용품, 일부 비급여 등- 인공관절수술과 관련 없는 질환의 검사비, 치료비, 입원료 등- 지원 대상자로 선정되기 이전에 발생한 의료비, 통원 진료비 <p>3) 지원기간</p> <ul style="list-style-type: none">- 신청기간 내 예산 소진시까지- 지원결정일로부터 3개월

소득 및 재산기준	1) 국민기초생활보장수급자 및 차상위본인부담경감대상자 2) 저소득가구 : 기준중위소득 100% 이하 3) 건강보험 가입자로 경제적 어려움이 큰 대상자
신청방법	- 전북특별자치도내 지자체 및 복지 유관기관 을 통해 대상자 신청 및 신청서 제출 - 전주병원 또는 건강나눔영경후원회를 통해 직접 신청 - 진료 및 제출서류 확인 및 지원 대상자 통보 - 적절성, 시급성, 효과성을 우선순위로 선정 ※ 신청서 및 모든 제출서류가 구비되어야만 신청이 가능함.
제출서류	- 수술비 지원 신청서 및 개인정보이용제공동의서 각 1부 - 주민등록등본 1부 - 진단서 1부 - 통장거래내역 1부(최근 6개월) - 건강보험료 자격확인서 및 납부확인서(최근 6개월) - 수급자 증명서 1부 (해당자) ※ 소득 및 재산 확인시 추가서류를 요청할 수 있음. ※ 모든 서류는 발급기간 3개월이내 서류를 제출해야함.

■ 지원 절차



■ 문의

- 신청 및 상담문의

(전화: 063-220-7579 /팩스: 063-220-7260 /이메일 : jjswteam@naver.com)

우리 함께 걸어요!

'인공관절 수술비 지원 사업' 신청서

1. 신청 기관 및 담당자								
기관명				부서명				
담당자	이름			연락처	tel.			
	E-mail				fax.			
2. 대상자 인적사항								
이름		성별		나이	만세	생년월일		
주소					연락처			
경제적 상황	의료보장	<input type="checkbox"/> 수급자 <input type="checkbox"/> 차상위 <input type="checkbox"/> 건강보험 <input type="checkbox"/> 일반						
	재산	<input type="checkbox"/> 자가 <input type="checkbox"/> 전세 <input type="checkbox"/> 월세/임대 <input type="checkbox"/> 의탁주거/무료임대 <input type="checkbox"/> 기타						
	월소득	월 평균소득	만원	부채	<input type="checkbox"/> 유 (만원) <input type="checkbox"/> 무			
	가구원수	<input type="checkbox"/> 1인 <input type="checkbox"/> 2인 <input type="checkbox"/> 3인 <input type="checkbox"/> 4인 <input type="checkbox"/> 5인 <input type="checkbox"/> 6인 이상(가구원수 :)						
	실비보험	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무						
	의료비 지원사항	<input type="checkbox"/> 유 (단체명: /금액: 원/지원시기:) <input type="checkbox"/> 무						
가족 및 사회경제적 상황	사실 (Fact) 서술							
담당자 추천소견	사정 (Assessment) 서술							

3. 환자 의료적 상황 * 병원담당자 기재란이니 비워두시면 됩니다.

의 료 적 상 황	진단명		질병코드	
	발병일		치료기간	
	신청금액			
	세부내역	의료비		
(※ 의뢰 경우 및 현재 상태, 치료 계획 등 상세 작성)				

4. 제출서류

	수급권자 및 차상위	건강보험
구비서류	1. 개인정보이용제공동의서 2. 주민등록등본 1부 3. 진단서 4. 수급권자 혹은 차상위 증명서 5. 통장거래내역 1부	1. 개인정보제공동의서 2. 주민등록등본 1부 3. 진단서 4. 건강보험 자격확인서 및 납부확인서 5. 통장거래내역 1부 6. 기타 추가서류

2024년 월 일

신청기관 담당자 (인)

전주병원 담당자 (인)

건강나눔영경후원회 운영위원장 (인)

전주병원

건강나눔영경후원회

귀중

의료비 신청 사실 확인서 및 개인정보 활용 동의서

- 영경후원회 의료비지원과 관련하여 소득 및 재산기준에 대한 안내를 받았으며, 사실 확인서에 신고한 소득·재산·금융재산에 대한 내용이 사실과 틀림없음을 확인합니다.
- 의료비지원과 관련하여 **개인보험 또는 사고로 인한 보상을 받지 않았으며**, 추후 중복지원 시 지원된 금액은 반환해야 함을 확인합니다.
- 의료비지원 이외의 문제는 제기하지 않으며, 민형사상의 책임을 묻거나 제소하지 않음에 동의합니다.
- 그 외 상담한 모든 내용과 기재한 내용은 사실과 다름없음을 확인하며, 거짓이나 그 밖의 부정한 방법에 의하여 지원을 받은 경우 지원받은 비용을 반환하며 그에 따른 민·형사상 불이익을 감수하겠습니다.

의료사회복지사업(이하 사업)과 관련하여 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

- 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : (의)영경의료재단 전주병원, 건강나눔영경후원회
- 개인정보화일(DB)수집의 목적
 - 사업 지원 대상자 선정 및 관리
 - 사업지원신청, 지원현황 조사 또는 확인 시 활용
 - 사업 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 개선활동 사항으로 활용
 - 사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- 개인정보수집항목
 - 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험가입현황, 건강보험료, 입원치료 등
- 개인정보보유 및 이용기간
 - 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용시 : 5년
- 개인정보 조회·열람·활용 동의내용
 - 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 고지금액 확인)
 - 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
 - 지원신청, 입원진료별 세부내역, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
 - 지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
 - 수급자 증명서, 차상위증명서
 - 선정기준 확인을 위한 '행정정보공동이용' 조회 동의
- 개인정보 수집 동의 거부
 - 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 지원 신청이 제한됩니다.

**본인은 “의료사회복지사업 지원신청”과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여
개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.**

신청자	개인정보 수집 및 이용	고유식별 정보처리	민감정보 처리	신청 사실 확인 및 업무위탁에 따른 개인정보 처리
성명 (서명)	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음

※ 모든 서류의 주민등록번호 뒷자리는 미기재 처리하여 제출(개인정보보호법에 따른 수집 불가)