

「재활치료비 지원사업」 안내문

◆ 지원대상

19세 이하에 소아암 및 이에 준하는 희귀난치성 질환을 진단받은 만 30세 미만의 자로, 혈액종양 전문의와 해당과 전문의의 추천을 받은 환자

◆ 지원사업별 지원내용 및 기한 (※ 복수 항목 동시 신청 가능)

| 지원사업 | 지원내용 | 지원한도액 | 신청기한 |
|------------|-----------------------------------|--------------|---|
| 발달재활치료비 | -언어 및 인지학습치료, 감각통합치료, 도수치료 등 재활치료 | 연 2,000만원 | 매월 둘째주 수요일 ※ 지원신청에서 결정까지 약 1개월 소요 |
| 의료보조기구 지원비 | -팔/다리 의지·기타보장구(의안, 보청기 등)·의료보조기구 | | |
| 치과 치료비 | -치과 치료 | | |
| 기타 시술비 | -호르몬 치료, 흉터성형 등 | | |

◆ 지원절차

지원신청(보호자 또는 각 병원 사회사업실/의료진)→ 서류접수 → 1차 서류심사 → 2차 상담평가
→ 3차 운영위원회 및 의료적 평가 → 지원결정 및 통보 → 지원 및 사후관리
※ 접수에서 지원까지 약 1개월 정도의 기간이 소요되오니 스케줄을 고려하여 접수해 주세요.

◆ 접수처

| | | |
|-------------------|-------------------------------|----------------|
| 서울·경인지역 거주자 | 서울아산병원, 삼성서울병원, 세브란스병원, 기타 병원 | ☎ 02-747-7680 |
| | 서울대학교병원, 서울성모병원 | ☎ 02-747-7679 |
| 대구·경북·강원지역 거주자 | | ☎ 053-253-7671 |
| 부산·경남지역 거주자 | | ☎ 051-635-7671 |
| 광주·호남·충청·제주지역 거주자 | | ☎ 062-453-7671 |

재활치료비 신청서

| | | |
|----------------|-----------|--|
| 지원 신청 항목 | 발달재활치료비 | |
| | 의료보조기구 지원 | |
| | 치과 치료비 | |
| | 기타 시술비 | |

| | | | |
|-------------------|--|---------------|---|
| 환 아 명 | | 성 별 | <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 |
| 생년월일 | | 연 락 처 | |
| 주 소 | | | |
| 재활치료 경험 및 부담정도 | <input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 발달재활치료 <input type="checkbox"/> 호르몬치료 <input type="checkbox"/> 기타 () 치료비 부담정도 : 약 원 | | |
| 보장구 사항 | 기존 보장구 착용여부 (○ , ×) | 구입시기 : | |
| | 보장구 금액 : 원 | 건강보험공단 지원금: 원 | |

| | | | |
|--------|--------|-----------------------------------|---|
| 사회지지체계 | 보건소 | <input type="checkbox"/> 지원 경험 있음 | <input type="checkbox"/> 지원 경험 없음 |
| | 타 후원단체 | <input type="checkbox"/> 지원 경험 있음 | <input type="checkbox"/> 지원 경험 없음 |
| | 사보험 | 진단금 (만원) | 실비 (<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음) |

| | | | |
|---------------------------|-------------------------|--|--|
| 환아특징 (성격 및 취미, 장애희망 등) | ※ 필수로 꼭 작성해주세요 ※ | | |
|---------------------------|-------------------------|--|--|

본인은 귀 기관에 재활치료비 지원을 신청하며,
본인의 허위나 실수가 판명될 때에는 귀 기관의 결정에 따르겠습니다.

년 월 일

보호자(신청인)

(서명)

[구비서류]

- 재활치료비 지원신청서(기관양식)
- 경제적 지원사업 개인정보 이용·제공 동의서(기관양식)
- 혈액종양전문의 추천서(기관양식) 또는 치료병원 진단서(소견서)
- 해당 진료과 전문의 추천서(기관양식) 또는 치료병원 진단서(소견서)
☞ 의료보조기구 지원신청 시 보장구 처방전 및 장애진단서로 대체 가능
- 진료비 납입확인서(진단~현재)
- 주민등록등본
- 환아사진
- 건강보험 자격확인서(가족전체)
- 건강보험료 납부확인서(최근 3개월)
- 재산관련서류
 - 공통 : 세목별과세증명(전국 포함/ 재산세-건축물, 선박, 항공기, 토지, 주택 및 자동차세 항목포함) 1부
 - 전, 월세 : 임대차계약서 사본 1부
 - 무료임대: 무료임대확인서(기관양식), 주민등록등본상 주소지의 등기부등본, 가족관계증명서 각 1부
- 기타 본 기관이 필요로 하는 서류(지적전산자료조회결과서, 자동차보험증권 사본, 어린이보험증권 사본, 부채증명서 등)

※ 서류 제출시, 주민등록번호 뒷자리는 보호처리 후 제출하시기 바랍니다.

※ 구비서류 또는 기재내용이 허위로 판명될 경우 지원이 불가능합니다.

※ 서류는 신청일 1개월 이내의 원본만 인정하며,

재산관련서류는 환아를 포함한 주민등록상 만 19세 이상 가구원은 모두 제출해야 합니다.

※ 가족 전체가 수급자 및 차상위일 경우, 수급자 증명서(생계/의료/주거/교육) 또는 차상위계층 증명서로 상기 9번, 10번 구비서류를 대신합니다. 단, 어린이보험증권 사본은 제출해야 합니다.

재활치료비 추천서 A

※ 혈액종양전문의를 경유하여야 합니다.

| | | |
|----------------|-----------|--|
| 지원 신청 항목 | 발달재활치료비 | |
| | 의료보조기구 지원 | |
| | 치과 치료비 | |
| | 기타 시술비 | |

재활치료비는 암 치료과정 및 종결 후 신체적, 심리사회적 재활치료가 필요한 환아에게 지원합니다.
해당 칸에 체크하시고, 관련된 사항을 적어주세요.

| | | | | | |
|-------------------------|---|--------------|--|-------|--|
| 환 아 명 | (남, 여) | 생년월일 | | 병록번호 | |
| 진 단 명 | | 한국질병 분류번호 | | 초기진단일 | |
| 암치료 종결여부 | <input type="checkbox"/> 종결 (치료종결일 :) <input type="checkbox"/> 미종결 | | | | |
| 암 치료기간 중 시행받은 치료 | | | | | |
| 항암치료 | <input type="checkbox"/> 시행 (기간:) <input type="checkbox"/> 미시행 | | | | |
| 방사선치료 | <input type="checkbox"/> 시행 (횟수: / 조사부위:) <input type="checkbox"/> 미시행 | | | | |
| 조혈모세포 이식 | <input type="checkbox"/> 자가조혈모세포이식(회) <input type="checkbox"/> 동종조혈모세포이식(회) <input type="checkbox"/> 반일치조혈모세포이식(회) <input type="checkbox"/> 제대혈이식(회) | | | | |
| 수술 | <input type="checkbox"/> 시행 · 수술종류: · 수술부위: · 횟수: <input type="checkbox"/> 미시행 | | | | |
| 기타 | | | | | |
| 현재 환아상태 | | | | | |

작성일 : 년 월 일
 병원명 : 병원 과
 의사명 : (서명)



경제적 지원사업 개인정보 이용·제공 동의서

1. 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 한국백혈병어린이재단 경제적 지원사업

2. 개인정보의 수집·이용에 관한 동의

| | |
|---------------------------|---|
| 개인정보의 수집 및 이용목적 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 경제적 지원사업 대상자 선정 및 관리 ▪ 보건소, 병원, 치료비 지원단체 등으로부터 치료비 수혜내역 확인을 통한 지원 적정성 평가 ▪ 경제적 지원사업 수행 및 관련 정책연구 및 개발 |
| 수집하는 개인정보의 범위 및 항목 | <p><필수정보></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 개인정보 : 기본 정보(성명, 생년월일, 성별, 주소, 전화번호, 휴대전화번호, 계좌번호) ▪ 고유식별정보 : 치료병원 병록번호 ▪ 민감정보 : 건강정보(진단명, 진단일자, 치료병원 등), 월 건강보험료 부과액, 보호자의 소득 및 재산정보, 보장변동정보(기초생활수급, 차상위장애인, 차상위자활, 한부모가정), 장애인 등록정보(장애보장, 장애등급, 중증장애) ▪ 보호자 개인정보 : 성명, 연락처(전화번호, 휴대전화번호, 전자메일주소), 직업 등 |
| 개인정보 보유 및 이용기간 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 대상자 선정 및 관리를 위해 영구 보존(단 제출서류 보존기한 5년) |

※ 본인은 경제적 지원대상자로 신청하거나 대상자로 선정된 자로, 개인정보보호법 규정에 의거하여 본인의 개인정보, 고유식별정보, 민감정보를 제공할 것을 동의합니다.

동의함 동의하지 않음

3. 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의

| 개인정보를 제공받는 자 | 개인정보를 제공받는 자의 이용목적 | 제공하는 개인정보의 항목 | 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용기간 |
|-------------------------|--------------------|---|------------------------------|
| 치료병원, 보건소 및 유관 치료비 지원단체 | 치료비 지원 내용 확인 | 환아 성명, 진단명, 생년월일, 치료병원, 지원금액, 지원시기 등 | 각 기관 내부 기준에 따름 |
| 후원처 | 후원보고 | 환아 성명, 진단명, 생년월일, 치료병원, 지원금액, 치료경과, 사진, 소득관련 서류 등 | |

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 평가 및 관리과정상 지원대상자로 선정되기 어려울 수 있습니다.
 ※ 본인은 경제적 지원대상자로 신청하거나 대상자로 선정된 자로, 개인정보보호법 제17조의1 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다.

동의함 동의하지 않음

4. 미성년자의 개인정보 동의

| | | | |
|-----------------|------|----------------|--|
| 환 아 명 | | 생년월일 | |
| 법정대리인 성명 | (서명) | 환자와의 관계 | |

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 평가 및 관리과정상 지원대상자로 선정되기 어려울 수 있습니다.
 ※ 본인은 위 환자의 법정대리인으로, 개인정보보호법 제22조 제5항1)에 따라 개인정보의 수집·이용·제공 등에 대하여 확인하였습니다.

확인함 확인하지 않음

5. 개인정보 취급자의 연락처 : 재단 내 병원별 담당 사회복지사 02-766-7671

재단에 등록된 개인의 정보 파일은 위의 명시된 목적 이외의 다른 목적으로는 사용되지 않습니다. 개인정보보호법 등 관련 법규에 의거하여 상기 본인은 위와 같이 개인정보 수집, 이용 및 제공에 관한 동의 여부에 대하여 확인하였습니다.

확인함 확인하지 않음

년 월 일
 동의인 : 보호자 성명 (서명)



1) 개인정보보호법 제22조 제5항에 따라 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 법정대리인의 동의를 받아야 함. 이 경우 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보는 법정 대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있음.