

「치료비 지원사업」 안내문

◆ 지원대상

19세 이하의 소아암 및 이에 준하는 희귀난치성 질환 환자
※ 19세 이하에 진단받고 치료 중이거나 재발한 경우 만 30세 미만까지 지원 가능

◆ 지원사업별 지원내용 및 기한

지원사업	지원내용	신청 기한
이식비	- 용도: 조혈모세포이식을 위한 입원 ~ 이식비 지원결정 후 1년 이내의 치료비 지원결정일로부터 6개월 이내 이식 미시행 시 지원취소 - 지원액: 최고 3,000만원 단, 향후 3개월 이내 조혈모세포이식 시행 예정이어야 하며, 조혈모세포채집 및 조혈모세포 공여자 코디네이션 비용 지원 불가	매월 둘째주 수요일
치료비	- 용도: 치료비 / 조혈모세포 검색 및 공여자 코디네이션 비용 지원 불가 - 기간: 지정된 사용기간 내(1년 이내) 단, 기간 내 사용하지 못한 지원잔액 환수 - 지원액: 1,000만원 단, 조혈모세포이식 시 수혜자부담금, 희귀의약품 사용 등 고액의 치료비 발생이 예상되는 경우, 혈액종양 전문의 추천이 있으면 3,000만원까지 지원 가능	수시
간접치료비	- 용도: 생계비 - 기간: 항암치료, 방사선치료, 분화치료 및 면역억제치료 중인 환자 - 지원액: 매월 30만원 또는 일시 400만원 단, 지원금액은 후원처 상황에 따라 상이할 수 있음.	수시

◆ 지원절차

지원신청(보호자 또는 각 병원 사회사업실/의료진)→ 서류접수 → 1차 서류심사 → 2차 상담평가
→ 3차 운영위원회 및 의료적 평가 → 지원결정 및 통보 → 지원 및 사후관리
※ 이식비의 경우, 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

치료비 지원 신청서

		지원 사업 종류		간접치료비 이식비 치료비	일시 · 정기
환 아 명		성 별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여		
생년월일		연 락 처			
주 소					
진 단 명		치료병원			
사회복지체계	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, 장래희망 등)	※ 필수로 꼭 작성해주세요 ※				
본인은 귀 기관에 치료비 지원을 신청하며, 본인의 허위나 실수가 판명될 때에는 귀 기관의 결정에 따르겠습니다.					
년 월 일					
보호자(신청인)			(서명)		
[구비서류] 1. 치료비 지원신청서(기관양식) 2. 경제적 지원사업 개인정보 이용·제공 동의서(기관양식) 3. 혈액종양전문의 추천서(기관양식) 또는 치료병원 진단서(소견서) 4. 진료비 납입확인서(진단~현재) 5. 주민등록등본 6. 환아사진 1장 7. 건강보험 자격확인서(가족전체) 8. 건강보험료 납부확인서(최근 3개월) 9. 재산관련서류 。 공통 : 세목별과세증명(재산세-건축물, 선박, 항공기, 토지, 주택 및 자동차세 항목포함) 。 전, 월세 : 임대차계약서 사본 。 무료임대: 무료임대확인서(기관양식), 주민등록등본상 주소지의 등기부등본, 가족관계증명서 각 1부 10. 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 서류만 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 8번, 9번 구비서류를 대신합니다. 단, 어린이보험증권 사본은 제출해야 합니다.					

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 관리보건소, 병원, 치료비 지원단체 등으로부터 치료비 수혜내역 확인을 통한 지원 적정성 평가경제적 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 병록번호민감정보 : 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 자료, 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 자료, 개인정보보호법 제17조의1 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제3자에 게 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)

