

# 2019년 저소득 가정 어린이 눈 수술비 지원 안내

## □ 지원질환

사시, 안검내반, 백내장, 망막질환, 녹내장 등 안과적 수술

## □ 접수 대상 및 기준

눈 수술이 필요하다는 진단을 받은 만10세 미만의 어린이 중

- ① 「국민기초생활보장법」에 따른 수급자
- ② 「국민기초생활보장법」에 따른 차상위계층
- ③ 「한부모가족지원법」에 따른 지원대상자
- ④ '19년도 기준 중위소득 80%이하 대상'으로, 건강보험 본인부담액이 다음의 <소득 인정액 및 건강보험료 납입액 기준표> 이하인 자

**※ 직장가입자의 경우 소유차량가액이 3000만원 이하인 자**

【'19년도 중위소득 80%이하 소득 인정액 및 건강보험료 납입액 기준표】 (단위 : 원)

구분	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구	7인가구	8인가구
소득기준	2,325,000	3,008,000	3,691,000	4,374,000	5,056,000	5,739,000	6,422,000
직장가입자	75,606	97,689	120,060	142,729	163,883	186,282	209,942
지역가입자	40,677	82,348	113,534	142,335	168,085	195,048	224,509
혼합	76,457	98,862	121,528	144,749	166,543	189,330	213,859

\*위 보험료는 노인장기요양보험료를 제외한 부담금임

## ※ 소득기준 판정 시 가구원의 수 산정방식

- ▷ 지원 대상자가 보험가입자와 함께 거주하는 경우
  - 주민등록표에 기재된 직계존비속 및 배우자를 가구원 수로 산정
  - ※ 동 가구에 건강보험 가입자가 2인 이상인 경우, **각각의 보험료를 합산하여 금액 산정**
- ▷ 지원 대상자가 보험가입자와 거주를 달리하는 경우
  - 대상자의 건강보험증에 등재된 자를 가구원 수로 산정
  - (예시) 지원 신청을 한 대상자가 따로 사는 가족의 건강보험증에 등재되어 있는 경우,  
 따로 사는 가족의 소득증명자료(건강보험료 납부확인서 등)를 제출받고, **해당 건강보험증에 등재된 자를 가구원수로 산정**
- ▷ 본인납부액은 산정액이 아닌 납부액(영수액) 기준임

## □ 구비 서류

- ① 개안수술 지원신청서 [제1호서식]
- ② 개인정보수집 및 이용제공동의서 [제2호서식] 개인정보보호법 제15조 및 17조에 근거
- ③ 안과 진단서 또는 진료소견서 (**수술명 기재, 수술받을 병원의 양식**) 1부
- ④ 프로필양식 [제3호서식]
- ⑤ 기초생활수급자 · 차상위계층 · 한부모가족 증명서 1부 주민등록등본 추가 첨부  
건강보험대상자의 경우 주민등록등본 1부, 건강보험자격확인서 1부,  
건강보험료납부영수증 1부(최근 3개월분)
- ⑥ **자동차보험증권 1부** 직장가입자에 한하며 차량가액이 명시되어 있어야 함

※ 접수된 서류는 반환되지 않음

※ 모든 서류는 1개월 이내 발급된 서류이어야 함

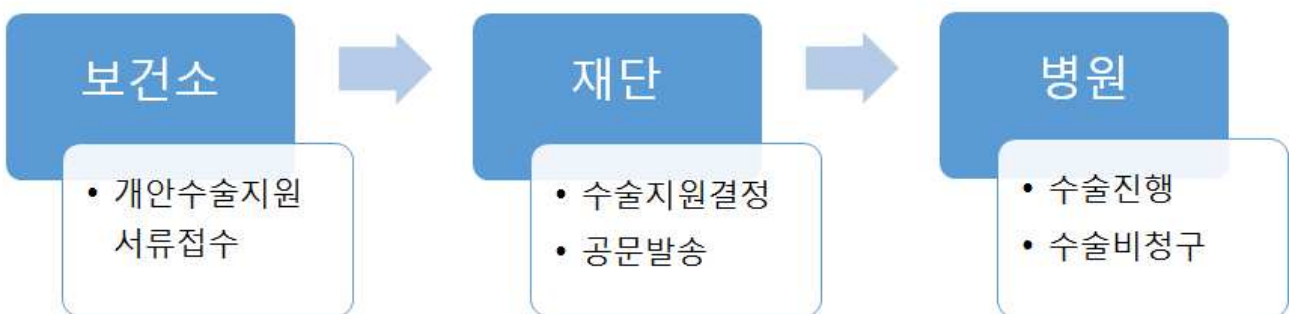
※ 신청 기관의 관인(직인)이 없는 경우 지원 불가

## □ 신청방법

- ① 주소지 관할 보건소에서 접수, 대상자가 개안수술 지원 신청서를 작성하여 해당 구비서류와 함께 제출  
또는 담당 공무원이 대상자 발굴하여 신청 가능
- ② 신청자 : 본인, 가족 또는 그 밖의 관계인, 담당 공무원

※ **예산 소진 시 조기 마감**

## □ 지원절차



① 접수에서 지원까지 약 2주소요(응급 수술의 경우 별도)

② 유선 상담을 통해 결과 통보

※ 개안수술비 지원 대상으로 선정되기 이전에 발생한 의료비는 지원 불가

※ 지원 대상으로 선정된 후 3개월 유효

## □ 지원범위

- ① 수술비 : 신청 질환과 관련한 수술비(입원료포함) 및 사전검사비(혈액·소변·심전도·눈초음파 등)
- ② 안경비 : 수술 전·후 치료목적의 안경 -특수안경:10만원, 일반안경:5만원(본인 계좌로 후불 지급)  
※안경비지원은 수술비지원 대상자로 한정하며, 구비서류 및 신청방법 등은 추후 개별 문자 안내됨.  
※예산 부족시 안경비지원이 제한될 수 있음.

## □ 지원제외

- ① 지원 대상자로 선정되기 이전에 발생한 의료비
- ② 간병비, 상급병실료, 제증명료, 보호자 식대 등 비급여 항목
- ③ 통원진료비
- ④ 안과 외 다른 진료과에서 발생한 의료비
- ⑤ 신청 시 첨부한 진단서 및 소견서에 기재되지 않은 내용으로 발생하는 의료비

## 개안수술지원신청서

<b>이 름</b>		<b>연 령</b>		<b>성 별</b>		<b>생년월일</b>	
<b>주 소</b>						<b>연락처</b>	
<b>진단명</b>						수술희망병원 (전화번호)	
<b>구 분</b>	<input type="checkbox"/> 의료급여 1종 <input type="checkbox"/> 의료급여 2종 <input type="checkbox"/> 국민기초생활수급자(의료급여 이외) <input type="checkbox"/> 차상위계층 <input type="checkbox"/> 지역 건강보험 <input type="checkbox"/> 직장 건강보험 <input type="checkbox"/> 다문화가정(결혼이주민자 출신국 _____) <input type="checkbox"/> 기타						
	<input type="checkbox"/> 차량 유(가액: _____ 원) <input type="checkbox"/> 차량 무						
<b>건강보험료 납부액</b>	<input type="checkbox"/> 가족 구성원 수 : _____ 명 <input type="checkbox"/> 월 _____ 원 ※ 보험료 납입 증명서 첨부						
<b>주 거 형 태</b>	<input type="checkbox"/> 자가 : (현시가 : _____ 만원) <input type="checkbox"/> 전세 : ( _____ 만원) <input type="checkbox"/> 월세 : (보증금 _____ 만원 / 월세 _____ 만원) <input type="checkbox"/> 기타 : (의탁거주 / 무료임대 / _____ )						
<b>재단을 알게 된 경위</b>	구체적으로 기재(ex.어린이집 또는 유치원에서 받은 '눈이 보배다'책자를 통해)						
<b>추천사유</b>							
<p>위 사항은 사실과 다름이 없음을 확인하고, 개안수술지원을 신청합니다.</p> <p style="text-align: right;">_____ 년 _____ 월 _____ 일</p> <p style="text-align: center;">신 청 인 : _____ (서명 또는 인)          담 당 자 : _____ (서명 또는 인)          전 화 : _____ 팩 스 : _____</p> <p style="text-align: center;"><b>추천기관</b> _____ (직인)</p> <p style="text-align: center;"><b>한국실명예방재단</b> 귀하</p>							
<b>비고</b>	개안수술비 지원 대상자로 선정되기 이전에 발생한 의료비는 지원불가 접수된 서류는 반환되지 않음						

## 개인정보 수집 및 이용 · 제공 동의서

동의자 성명 :

주민등록번호 :

보건복지부는 개인정보보호법에 명기된 관련 개인정보보호 규정(뒷면 참조)에 의거, 상담, 검진, 수술 지원 등 각종 서비스 제공을 위하여 아래와 같은 개인정보를 수집·이용하며, 서비스 이용과 관련된 공공기관에 동 개인정보가 제공됩니다.

개인정보 수집·제공 항목

- 인적사항 : 성명, 생년월일, 주소, 연락처, 건강상태, 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자 또는 차상위계층 해당 여부
- 관련사항 : 개안수술비 지원 신청서, 안과 진료소견서(또는 진단서)

개인정보 수집 및 이용·제공 목적

귀하의 개인정보를 아래와 같은 목적으로 수집 및 이용·제공합니다.

- 개안수술 관련 상담
- 개안수술비 지원
- 실명예방사업에 대한 연구·통계·홍보

개인정보 보유 및 이용기간

- 상기 내용은 개인정보보호법을 기준으로 함
- 상기 개인정보의 이용목적 소멸 시까지 보유

개인정보 제공기관 및 제공방법

- 보건복지부, 보건소, 한국실명예방재단, 사회보장정보원, 수술시행 의료기관, 후원처 및 기관 등에 사진, 동영상 등 활보 활용
- 상기 기관에 업무 담당자가 관련 자료송부 또는 시스템에 입력

※ 상기 내용과 관련, 개인정보 수집 동의에 거부하실 수 있으며, 거부 시 각종 서비스 제공이 제한됩니다.

상기명 본인은 “개인정보보호법” 및 관련 법령에 의거하여 개인정보 수집 및 이용·제공에 동의합니다.

년 월 일

동의인 : (서명)

지원 대상자와의 관계 :

\* 대리인이 서명할 경우, 사유 기재

\_\_\_\_\_

## 개인정보 보호법

[타법개정 2017. 7. 26 법률 제14839호]

### 제15조(개인정보의 수집·이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
4. 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
5. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보의 수집·이용 목적
2. 수집하려는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간

### 제17조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
  2. 제15조제1항제2호·제3호 및 제5호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보를 제공받는 자
  2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
  3. 제공하는 개인정보의 항목
  4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
  5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 개인정보처리자가 개인정보를 국외의 제3자에게 제공할 때에는 제2항 각 호에 따른 사항을 정보주체에게 알리고 동의를 받아야 하며, 이 법을 위반하는 내용으로 개인정보의 국외 이전에 관한 계약을 체결하여서는 아니 된다.

## 개안수술지원대상자 프로필 및 사연

성명		연령		성별		지역	
질환명					희망병원		
모·부자 가정여부	<input type="checkbox"/> 모자가정 <input type="checkbox"/> 부자가정 <input type="checkbox"/> 조부모가정 <input type="checkbox"/> 해당없음						
생활 환경							
사연							