

한국여성재단 2019년도 건강지원사업 “엄마에게 희망을” - 치과진료분야 상반기 공모

한국여성재단에서는 **질병으로 인해 경제활동에 어려움을 겪는 저소득여성가장**,
그 자녀(결혼이주여성 포함) 및 **공익단체 여성 활동가**의 건강한 삶 회복을 위해
『2019년 건강 지원사업 “엄마에게 희망을” - 치과진료분야』 상반기 공모를 실시합니다.

1. 사업개요

1) **상반기 공모 기간:** 2019년 5월 7일(화) ~ 5월 31일(금)까지 접수

2) 지원 대상 및 내용

지원내용	자 격	지원내용	지원한도액
여성가장 및 그 자녀 (결혼이주여성 포함)	① 국민기초생활보장법상 조건부수급자 및 차상위 에 해당하는 여성가장 및 자녀 ※ 현재 근로하지 않는 생계급여 일반수급자 신청 불가 ② ‘①번’ 조건을 충족하며 ‘현재 경제활동(일상생활)을 하고 있으나 질환으로 인해 유지하기 어려운 상황으로 치료 후 안정적인 경제활동(일상생활)이 가능한 경우 ③ 치과진료의 경우, ‘연계병원 치료 동의서’에 동의한 대상자에 한해 선정	치과 치료비 (교정치료 지원 불가)	사례 당 최대 3,000,000원 이내
여성 활동가	① 공익단체에서 활동하는 여성 활동가 ② 개인소득 기준: 월 소득 200만원 이하 ③ 이 밖에 건강지원소위원회가 지원이 필요 하다고 인정하는 경우 ④ 치과진료의 경우, ‘연계병원 치료 동의서’에 동의한 대상자에 한해 선정 ※ 여성 활동가 본인만 지원 가능 ※ 선정 이후, 한국여성재단에서 연계한 병원에서 치료가 진행됩니다.		
유의사항	① 개인 직접 신청은 불가합니다. 추천단체(시설)을 통해 지원해주세요. ② 추천단체(시설) - 지역사회 여성지원 사업, 복지활동을 수행하는 단체·시설로 지원금의 집행 관리·사례관리가 가능한 곳 - 여성·시민사회단체, 자활훈련기관, 사회복지 관련 기관(사회복지관 등) 등에서 추천 가능 ③ 추천단체 자격 불가 - 국가관련시설(시군구 사회복지과), 의료기관(의료시설 의료사회복지부서)일 경우 신청 불가		

3) 심사 및 치료 진행과정

① 신청 및 심사 process

대상자 추천사유 상담 및 신청서 작성	5월 7일(화) ~	[심사 전, 추천단체 진행사항] • 개인<->추천단체 상담 (추천사유 및 신청서 작성에 필요한 내용 상담 진행) • 서류 준비 및 신청서 작성 / 제출
서류접수마감	5월 31일(금)	• 5월 31일(금) 서류접수 마감 (우편 및 이메일 제출)
1차 서류심사 /대상자 선정	6월 3일(월) ~ 6월 17일(월)	• 서류심사 진행 및 1차 대상자 선정 • 추천단체 개별 연락 • 1차 서류심사 기준 : 신청서 상 치과진료의 필요성, 경제적 상황, 근로상황, 향후 자립가능성 등 ※ 치과 진단서 제출하지 않아도 됨
2차 검진 치과 연계 및 심사	6월 19일(수) ~ 7월 19일(금)	• 2차 검진심사 기준 : 현재 치과치료가 필요한 사항 진단 : 검진을 통해, 치아상태 및 치료필요성 심사 진행 ※ 한국여성재단에서 연계해준 병원을 통해 검진 심사
최종 심사	7월 22일(월) ~ 7월 26일(금)	• 최종 심사 기준 : 선정위원회를 통해 종합적인 판단 하에 선정 여부 결정
선정 발표	7월 말 중	• 한국여성재단 홈페이지 선정자 공지
치료 및 사례관리	7월 말 치료시작	• 선정일로부터 2주 이내 치료계획에 따른 치료 시작 및 진행 ※ 타당한 사유 없이 2주 이내 치료 이행하지 않을 시, 선정 취소될 수 있습니다
결과보고	치료 종료 후	[치료 종료 후, 추천단체 진행사항] • 대상자별 치료 종료 후 7일 이내, 추천단체->한국여성재단에 치료종료사항 유선상 전달 • 치료 종료 후 15일 이내, 지원선정일로부터 6개월 이내 결과보고서 제출
의료비 지원	치료 종료 후	• 치료 종결 이후, 한국여성재단 <-> 치과 소통, 치료비 입금

※ 상기 일자는 일정에 따라 변동이 될 수 있음을 안내합니다.

※ 지역 별로 연계가능 한 치과정보에 대해서는, 검진 심사 단계에서만 공유가 가능하오니
참고하여 주시기 바랍니다. (선정 전, 치과정보 전달 불가능)

② 선정결과 발표

- 한국여성재단 홈페이지 공지 및 선정사례 해당 추천단체 개별 연락

※ 사업 선정 발표 일시는 일정에 따라 변동이 있을 수 있습니다.

4) 지원 사업 유의사항

① **치과진료의 경우, 한국여성재단과 '건강사회를 위한 치과의사회'에서 연계해드린 치과에서만
치료가 가능합니다.** 이에, 검진 심사단계에서 해당치과를 한국여성재단에서 연계해드리며, 선
정 이후 치료 시에도 연계된 치과에서만 치료가 가능합니다.

※ 연계치과의 경우, 전국적으로 분포되어 있어 전국단위로 연계가 가능합니다. 다만 신청 대상자
의 주거지를 기준으로 최대한 근거리로 연계해드리고자 하고 있으나 상황이 여의치 않을 경
우 해당 동, 구간의 이동은 있을 수 있음을 사전에 안내해드리오니, 신청 시 이점 유의하시기
바랍니다.

② **검진 및 치료 치과연계기간이 최대 1개월 이상 소요될 수 있습니다.**

③ **아래에 해당하는 분들은 신청이 불가합니다.**

- 2년 이내 한국여성재단 건강지원사업 <치과진료분야>를 통해 지원 받은 경우

- 1년 이내 한국여성재단 건강지원사업 <일반진료분야>를 통해 지원 받은 경우

- 한국여성재단 유사사업을 통해 지원받은 경우

- 전체 치료비용에 있어 동일한 질환으로 타 기관(정부 포함)의 지원과 중복지원을 받은 경우

④ **신청 시, 아래에 내용을 참고하시어 신청해주시기 바랍니다.**

▶ 치료 내용에 대한 기준

- 신청 가능 : 충치치료 및 임플란트시술 가능 (선정금액 내에서 적용)

- 신청 불가능 : 교정 치료 지원 불가

⑤ **지원 선정일로부터 2주 이내 치료를 시작하여야 하며, 치료 일정 조정이 필요할 시 추천단체
를 통해 연락주시기 바랍니다.**

⑥ 제출된 서류는 반환하지 않습니다.

2. 사업 신청방법

1) 제출방법

① 접수기간 : 2019년 5월 7일(화) ~ 5월 31일(금)까지 ※ 우편 도착분에 한하여 서류 심사

② 접수방법 : 우편 및 이메일 접수

2) 제출 서류

※ 접수 서류가 모두 구비되어야만 심사대상이 되오니, 아래 서류(①~⑧ 모두 제출)를 모두 제출해
주시시오.

① 공문

② 추천단체(시설)의 신청서 (※ 서식1 참조)

③ 단체 소개서 및 관련 증빙서류

- 단체소개서 (※ 서식2 참조)

- 비영리단체등록증 또는 신고증

- ④ 개인정보 수집.이용.제공 및 활용 동의서 (※ 서식3 참조)
- ⑤ 연계병원 치료 동의서 (※ 서식4 참조)
- ⑥ 건강보험료 납입 증명서 또는 수급자증명서
- ⑦ 가족관계 증명서 또는 한부모가족증명서 (※ 한부모가족증명서는 해당자에 한해 제출)
- ⑧ 신청자 정보 리스트- 추천단체 작성 (※ 서식5 참조)

3) 접수처 및 문의

- ① 접수처 : (04001) 서울 마포구 월드컵북로 5길 13 한국여성재단빌딩 5층 나눔기획팀 금진주 대리
: 이메일 - loveoofy@womenfund.or.kr
- ② 문 의 : 070-5129-5445 나눔기획팀 금진주 대리