

한국여성재단 2021년도 건강지원사업 <엄마에게 희망을> - 상반기 치과진료분야 공모

질병으로 인해 경제활동에 어려움을 겪는 저소득여성가장(결혼이주여성 포함),
그 자녀 및 공익단체 여성 활동가의 건강한 삶 회복을 위해
『2021년 건강지원사업 <엄마에게 희망을> - 치과진료분야』 상반기 공모를 실시합니다.

1. 사업개요

1) 상반기 공모 기간: 2021년 2월 2일(화) ~ 2월 26일(금) 17시

2) 지원 대상 및 내용

| 지원내용 | 자 격 | 지원내용 | 지원한도액 |
|----------------------------------|---|---------------------------|------------------------|
| 여성가장 및 그 자녀 (결혼이주여성 포함) | ① 국민기초생활보장법상 조건부수급자 및 차상위에 해당하는 여성가장 및 자녀 ※ 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 '연계병원 치료 동의서'에 동의한 대상자에 한해 선정 | 치과 치료비 (교정치료 지원 불가) | 1인 최대 3백만원 이내 |
| 여성 활동가 | ① 공익단체에서 활동하는 여성 활동가 ② 개인소득 기준: 월 소득 200만 원이하 ③ 이 밖에 건강지원소위원회가 지원이 필요 하다고 인정하는 경우 ④ '연계병원 치료 동의서'에 동의한 대상자에 한해 선정 ※ 여성 활동가 본인만 지원 가능 | | |
| 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

| | | |
|------------------------|-----------------------------|---|
| 서류접수마감 | 2월 26일(금) 17시까지 | <ul style="list-style-type: none"> • 2월 26일(금) 17시 서류접수 마감 (이메일 제출) ※ 신청 시, 치과 진단서 제출하지 않습니다. |
| 1차 서류심사 /대상자 선정 | 3월 2일(월) ~ 3월 12일(금) | <ul style="list-style-type: none"> • 서류심사 진행 및 1차 대상자 선정 • 추천단체 개별 연락 |
| 2차 검진 치과 연계 및 심사 | 3월 15일(월) ~ 4월 23일(금) | <ul style="list-style-type: none"> • 2차 검진심사 : 현재 치과치료가 필요한 사항 진단 : 검진을 통해, 치아상태 및 치료필요성 심사 진행 ※ 한국여성재단에서 연계해준 병원을 통해서만 검진 진행 |
| 최종 심사 | 4월 26일(월) ~ 4월 30일(금) | <ul style="list-style-type: none"> • 최종 심사 : 선정위원회를 통해 종합적인 판단 하에 선정 여부 결정 |
| 선정 발표 | 5월 초 | <ul style="list-style-type: none"> • 추천단체 개별 연락 |
| 치료 및 사례관리 | 5월 초 치료시작 | <ul style="list-style-type: none"> • 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 | <p>[치료 종료 후, 추천단체 진행사항]</p> <ul style="list-style-type: none"> • 치료 종료 후 결과보고서 제출 요청 메일 발송(재단→단체) • 제출 마감 일자내에 결과보고서 제출(단체→재단) <p>[치료 종료 후, 여성재단 진행사항]</p> <ul style="list-style-type: none"> • 치료비 지급(재단→치과) |

※ 상기 일자는 일정에 따라 변동이 될 수 있습니다.

※ 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 추천단체 개별 연락

※ **추천단체로는 신청서를 제출하신 이메일로 선정결과를 전달해 드립니다.**

이메일 주소 오기 혹은 누락으로 인한 불이익은 한국여성재단에서 책임지지 않습니다.

4) 지원 사업 유의사항

① **치과진료의 경우, 한국여성재단과 '건강사회를 위한 치과의사회'에서 연계해드린 치과에서만 치료가 가능합니다.** 이에, 검진 심사단계에서 해당치과를 한국여성재단에서 연계해드리며, 선정 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 경우 해당 동, 구간의 이동은 있을 수 있음을 사전에 안내해드리오니, 신청 시 이점 유의하시기 바랍니다.

② **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

③ **신청 시, 아래에 내용을 참고하시어 신청해주시기 바랍니다.**

- 신청 가능 : 충치치료 및 임플란트 시술 가능 (선정금액 내에서 적용)
- 신청 불가능 : 교정 치료 지원 불가

④ **지원 선정일로부터 2주 이내 치료를 시작하여야 하며, 치료 일정 조정이 필요할 시 추천단체를 통해 연락주시기 바랍니다.**

2. 사업 신청방법

1) 제출방법

- ① 접수기간 : 2021년 2월 2일(화) ~ 2월 26일(금) 17시
- ② 접수방법 : 이메일 접수

2) 제출 서류

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

- 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 (※ 건강보험료 납입 증명서: 2020년11월~2021년1월기준)
- ⑦ 가족관계 증명서 또는 한부모가족증명서 (※ 한부모가족증명서는 해당자에 한해 제출)
- ⑧ 신청자 정보 리스트- 추천단체 작성 (※ 서식5 참조)

※ ①~⑦번을 번호 순서대로 스캔 후 하나의 PDF파일 제출

※ ⑧ 번은 EXCEL파일 제출(PDF 아님, EXCEL파일로 제출)

※ 한 단체에서 여러 명 신청의 경우, 신청자 각각의 파일로 만들어 제출(공문은 동일 공문 사용 가능)

※ 가장-자녀 동반 신청의 경우, 각각의 신청서 제출 필요

3) 접수처 및 문의

- ① 접수처 : loveoofy@womenfund.or.kr
- ② 문 의 : 070-5129-5446 지원사업팀 금진주

※ 전화 문의량이 너무 많습니다. 가급적이면 공고문을 숙지하신 뒤, 문의 주시기 바랍니다.