

## CJ가 응원하는 여성장애인 건강 UP! 행복 UP! 치료비 지원사업

본 사업은 경제적으로 어려운 여성장애인의 보건 의료 사각지대 해소와 건강권 확보를 위한 정책 제도화를 추구하고자 합니다.

- ♣ 지원대상: 전국 등록 여성장애인
- ♣ 신청자격: 1. 6개월간 만성질환 치료를 받고 있는 여성장애인  
2. 2016년 1월 이후 수술한 여성장애인  
(\*미혼모, 중증장애인, 생활이 어려운 여성장애인을 우선 선발하여 지원함.)
- ♣ 신청기간: 2016년 12월~2017년 4월 30일
- ♣ 신청방법: 신청서와 구비서류 원본을 갖춘 후 등기 접수
- ♣ 지원액: 1. 6개월 이상 만성질환 치료비 중 본인부담금의 60%  
2. 수술비 총액 중 본인부담금 60%  
(공통사항: 1인당 최대 80만원 지원 가능)
- ♣ 선정방법: 신청서류 접수 후 월 1회 심의회의를 통한 선정.
- ♣ 구비서류: 신청서, 개인정보 이용·제공 동의서(단체양식 홈페이지 다운 가능), 장애인증명서, 본인 통장사본, 진료 및 수술비 납부 영수증, 의사 처방에 따른 진단서 및 수술 확인서
- ♣ 신청문의: 전화 02) 747-3675 (담당 이라나)  
이메일 kdawu@hanmail.net
- ♣ (사)한국여성장애인연합  
07236 서울시 영등포구 의사당대로 22 이룸센터 4층 2호 / www.kdawu.org



주관

(사)한국여성장애인연합



지원



본 사업은  사회복지공동모금회가 지원합니다.

접수일자	접수번호

\* 위 영역은 기입하지 마십시오.

## 여성장애인 치료비 지원사업 신청서

### (CJ가 응원하는 건강UP! 행복UP!)

성명	(인)	연락처	집	
생년월일	(만 세)		휴대폰	
			이메일	
주소	□□□ - □□□ <span style="float: right;">※주민등록등본상 주소지 기재</span>			
의료보험 상태	<input type="checkbox"/> 의료급여1종 <input type="checkbox"/> 의료급여2종 <input type="checkbox"/> 지역보험 <input type="checkbox"/> 직장보험 <input type="checkbox"/> 기타( )			
신청자 장애 정보	등록 장애명		장애급수	급
	중복장애 여부	<input type="checkbox"/> 있음( ) <input type="checkbox"/> 없음		
	세부장애 정보	(※예:우측하지편마비, 절단장애, 경추4번 손상 등)		
	장애인 가족 여부	<input type="checkbox"/> 있음( 명 ) <input type="checkbox"/> 없음		
직업	<input type="checkbox"/> 무직 <input type="checkbox"/> 전업주부 <input type="checkbox"/> 직장인 <input type="checkbox"/> 자영업			
진료 정보	진단서 병명		진료 시기	년 월 ~ 년 월
	진료 상황 (구체적으로 기재요망)			
치료비 지원 분야	<input type="checkbox"/> 입원비 <input type="checkbox"/> 수술비 <input type="checkbox"/> 기타 치료비			
정부 지원사항	<input type="checkbox"/> 유			<input type="checkbox"/> 무
	<input type="checkbox"/> 국민기초생활보장 수급권 <input type="checkbox"/> 자녀 교육비 지원 <input type="checkbox"/> 차상위 <input type="checkbox"/> 장애수당			
경제적 상황 (월 총 수입) 및 주거형태	<input type="checkbox"/> 100만원 미만 <input type="checkbox"/> 100만원 ~ 200만원 <input type="checkbox"/> 200만원 이상			
	<input type="checkbox"/> 자가 <input type="checkbox"/> 전세 <input type="checkbox"/> 월세 <input type="checkbox"/> 영구임대아파트 <input type="checkbox"/> 기타 ( )			

상기 내용은 사실에 의거하여 작성하였으며, 사실과 다를 경우 선정에서 제외 및 지원금 반환에 동의합니다.

신청일      년    월    일  
신청인      (인)

 (사)한국여성장애인연합 귀하

- ※ 첨부서류 : 1. 신청서(단체양식)    2. 개인정보 이용·제공 동의서(단체양식)    3. 장애인증명서  
4. 본인 통장 사본    5. 진료 및 수술비 납부 영수증    6. 의사 처방에 따른 진단서 및 수술확인서

## 개인정보 수집 · 활용 및 제3자 제공 동의서

### 【 개인정보 수집 · 활용 및 제3자 제공동의서 】

(사)한국여성장애인연합 (이하“여장연”)은 개인정보보호법 제15조에 의거하여 개인정보의 수집 및 이용에 관한 정보주체의 동의절차를 준수하며, 정보주체의 동의 후 수집된 정보는 모금회의 개인정보 수집 및 이용목적 외의 용도로는 절대 이용, 제공되지 않습니다. 다만, 개인정보 중 주민등록번호에 대해서는 개인정보보호법 제24조의2에 따라 정보주체의 동의 여부를 불문하고 결코 수집·이용, 제공되지 않을 것입니다.

여장연 지원사업의 신청인(만 14세미만 아동의 경우는 법정대리인)은 정보주체로서 개인정보의 삭제·처리 정지 요구와 개인정보의 수집·이용 및 제공에 대한 동의 거부를 할 수 있고, 이 경우에는 지원 서비스 제공이 어려울 수 있음을 알려드립니다.

1. 본인은 여장연이 「개인정보 보호법」 제15조제1항 및 제24조제1항제1호에 의거, 다음과 같이 본인의 개인정보 및 고유식별정보(이하 “개인정보”라 함)를 수집 · 이용하는 것에 대하여

동의합니다.  동의하지 않습니다.

가. 개인정보의 수집 · 이용자(개인정보처리자) : (사)한국여성장애인연합

나. 개인정보수집이용목적: 여성장애인 치료비 지원사업 관련 업무

다. 개인정보의 수집 이용항목: 주민등록번호를 제외한 개인정보  
(성명·주소 등 인적사항, 경제상황 및 재산상태, 입금계좌 등)

라. 개인정보 보유 및 이용기간: 여장연이 정한 보존기간 동안

2. 본인은 여장연이 「개인정보 보호법」 제17조제1항제1호에 의거, 다음과 같이 본인의 개인정보를 제3자에게 제공하는 것에 대하여

동의합니다.  동의하지 않습니다.

가. 개인정보를 제공받는 자 : 사회복지공동모금회

나. 개인정보를 제공받는 자의 이용 목적 : 사회복지공동모금회 지원사업의 업무처리 (사업신청, 결과보고 등)

다. 제공하는 개인정보의 항목 : 위 1호 다 목에 해당하는 개인정보

라. 개인정보를 제공받는 자의 보유 및 이용기간 : 사회복지공동모금회가 정한 보존기간 동안

3. 본인은 위 1~2호에 대해 동의를 거부할 수 있다는 안내를 받았으며  , 또한 본인의 동의가 없을 때에는 모금회가 지원하는 서비스의 제공이 어려울 수 있다는 안내를 받았습니다  .

본인은 본 동의서의 내용과 개인정보 수집 · 처리 및 제3자 제공에 관한 본인의 권리에 대하여 이해하고 서명합니다.

년 월 일

신청인 (인)

(만 14세미만 아동의 경우는 법정대리인)

(사)한국여성장애인연합 귀하