

보이는희망 의료비지원 신청서

접수 :

지원신청자 및 추천 기관 정보

신청자 성명	주민번호		
주소			
연락처(핸드폰)	연락처(집전화)		
보호자	(성명)	(관계)	(연락처)
추천 기관	기관명		사업자번호(고유번호)
	담당자	(직함)	전화
	이메일		
	주소		
재단을 알게 된 경위	(구체적으로 기재)		
구분	<input type="checkbox"/> 의료급여 1종 <input type="checkbox"/> 의료급여 2종 <input type="checkbox"/> 차상위계층 <input type="checkbox"/> 국민기초생활수급자(의료급여 이외) <input type="checkbox"/> 건강보험가입자 (<input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> 지역)		
건강보험료 납부액	□ 가족 구성원 수:	명	월 원 ※ 보험료 납입 증명서 첨부(최근 6개월)

희망지원분야 * 치과의 경우 구간별 지원으로 본인부담금이 발생할 수 있음. 홈페이지 치과지원사업 공지 확인 요망.

의료지원상세	<input type="checkbox"/> 치 과 : <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 틀니 <input type="checkbox"/> 충치치료 <input type="checkbox"/> 기타()
	<input type="checkbox"/> 안 과 : <input type="checkbox"/> 백내장 <input type="checkbox"/> 망막질환 <input type="checkbox"/> 녹내장 <input type="checkbox"/> 기타()
	<input type="checkbox"/> 정형외과 : <input type="checkbox"/> 인공관절수술 <input type="checkbox"/> 기타()
	<input type="checkbox"/> 이비인후과 : <input type="checkbox"/> 만성비염 <input type="checkbox"/> 축농증 <input type="checkbox"/> 비중격 교정술 <input type="checkbox"/> 기타()
	<input type="checkbox"/> 정신건강 : ()
	<input type="checkbox"/> 피 부 과 : <input type="checkbox"/> 발톱무좀 <input type="checkbox"/> 아토피 <input type="checkbox"/> 기타 ()
	<input type="checkbox"/> 화상외과 : <input type="checkbox"/> 화상치료 <input type="checkbox"/> 기타 ()
	<input type="checkbox"/> 산부인과 : <input type="checkbox"/> 자궁내시경 <input type="checkbox"/> 난소낭종 경화술 <input type="checkbox"/> 기타 ()

생활환경 및 사연 (또는 기관 추천 내용) 지원 대상자 중 응급가정을 우선 심사하여 지원합니다.

구체적으로 기재할수록 심사에 유리합니다.	*별도의 양식으로 첨부 가능*
---------------------------------	------------------

필수동의사항

<input type="checkbox"/> 동의	<p>※ 본 지원신청서는 신청자 본인(미성년의 경우 보호자)의 동의를 받아 작성되었으며 지원이 진행되는 기간 동안 지원기관(병/의원)의 안내에 협조할 것을 동의합니다.</p> <p>※ 지원신청서를 제출한 것이 지원결정을 의미하는 것은 아니며 재단의 심의에 따라 지원내용은 달라질 수 있음을 알고 동의합니다.</p>
-----------------------------	---

위 사항은 사실과 다름이 없음을 확인하고 의료비 지원을 신청합니다.

년 월 일

신청인(보호자)

(서명 또는 인)

추천기관 담당자

(서명 또는 인)

개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

보아스사회공헌재단(이하 '재단')은 「개인정보 보호법」제 15 조 제 1 항 제 1호, 제 17 조 제 1 항 제 1 호 및 제 23 조 제 1호에 의거, 상담, 검진, 수술 지원 등 각종 서비스 제공을 위하여 아래와 같은 개인정보를 수집·이용하며, 서비스 이용과 관련된 공공기관에 동 개인정보가 제공됩니다.

▶ 개인정보 수집 및 이용 동의 [고유식별정보]

개인정보 수집 * 제공 항목	개인정보 수집 및 이용*제공 목적	개인정보 보유 및 이용기간
성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 건강상태, 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자 또는 차상위계층 해당 여부, 의료비 지원 신청서, 진료소견서(또는 진단서)	의료비지원 관련 상담, 대상자 선정심사 수술비 지원, 대상자 선정심사, 서비스 제공, 후속사례 관리, 재단에 대한 연구*통계*홍보	상기 내용은 개인정보보호법을 기준으로 함 상기 개인정보의 이용목적 소멸 시까지 보유

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

동의함 동의하지 않음

▶ 지원 사례 공개에 대한 동의

지원 사례의 수집 및 이용 내용	사례 수집 및 이용 목적	개인정보 보유 및 이용기간
성명, 인적사항, 지원 내용, 사진 및 정보	지원 사업 결과보고, 지원사업 안내 및 홍보	상기 내용은 개인정보보호법을 기준으로 함 상기 개인정보의 이용목적 소멸 시까지 보유

※ 귀하는 지원 사례 공개를 거부할 권리가 있으며, 거부 시 지원이 제한될 수 있습니다.

동의함 동의하지 않음

▶ 개인정보의 제3자 제공 동의 [고유식별정보]

개인정보를 제공받는 자	제공하는 개인정보의 항목	개인정보 이용목적
보건복지부, 보건소, 보아스사회공헌재단, 사회보장정보원, 수술시행 의료기관, 후원처 및 기관	성명, 주민등록번호, 주소, 연락처, 건강상태, 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자 또는 차상위계층 해당 여부, 의료비 지원 신청서, 진료소견서(또는 진단서)	의료비지원 관련 상담 수술비 지원 재단에 대한 연구*통계*홍보

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

동의함 동의하지 않음

※ 본인은 본 『개인정보의 수집 · 이용 · 제3자 제공 동의서』 내용을 읽고 명확히 이해하였으며, 이에 동의합니다.

20 년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

대리인

(서명 또는 인)

* 대리인이 서명할 경우, 사유 기재 :

행정정보 공동이용 사전동의서

1. 이용사무별 공동이용 행정정보(구비서류)

1) 이용 사무 및 목적

보아스사회공헌재단 의료비 지원 사업을 위한 지원자의 대상 여부 판단

2) 공동이용 행정정보

- 기초생활수급자 및 차상위 증명서
- 건강보험납부증명서(수급자, 차상위 제외)
- 가족관계증명서(보호자 대리 신청시)
- 주민등록표 등본
- 병원 진단서 및 소견서

2. 이용기관의 명칭:

보아스사회공헌재단

3. 정보주체(본인)동의사항 등

본인의 동의한 위 사무에 대한 행정정보를 이용기관이 「전자정부법」제36조에 따른 행정정보 공동이용을 통해 「개인정보 보호법」제23조에 따른 건강에 관한 정보나 같은 법 시행령 제19조에 따른 주민등록번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호 또는 외국인등록번호가 포함된 행정정보를 처리하는데 동의합니다.

20 년 월 일

신청인 또는 대리인(보호자) : (인)