

# 추천 기준

## □ 신청자격 및 제출서류

구 분		내 용
신청 자격	재 산	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 국민기초생활수급자 가정</li> <li>■ 차상위 계층 가정</li> <li>■ 재산세 10만원미만 &amp; 건강보험료 기준 미만</li> </ul>
	기 타	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 보험 미적용 아동 성장호르몬결핍증, 터너증후군, 만성심부전증 등의 사유로 저신장인 아동은 자기부담금(약값)의 5~30%만 부담하면 됨으로 우리 재단의 사업 대상에서는 제외</li> <li>■ 표준성장발육곡선상 하위 10% 이하 아동 (단, 전문의가 치료가 필요하다고 인정하는 경우 예외)</li> </ul>
제출서류		<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 공통                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 지원신청서, 의사추천서(재단양식), 주민등록등본</li> </ul> </li> <li>■ 1) 기초생활수급자, 차상위계층                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 국민기초생활수급자 증명서 또는 차상위 증명서</li> </ul> </li> <li>■ 2) 그 외 (조회기간: '18년 1월 ~ '18년 12월)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 건강보험료 납부확인서</li> <li>- 지방세 세목별 과세증명서</li> </ul> </li> </ul> <p>* 등본에 명시된 부와 모의 서류 모두 제출 (한부모 가정의 경우, 세대주 1부 제출)</p>

## □ 건강보험료 기준

구분	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 가구
월평균소득	1,708,258원	2,209,890원	2,711,521원	3,213,152원	3,714,784원
보험료	53,298원	68,949원	84,599원	100,250원	115,901원

\* 2018년 소득기준, 근로소득자 및 자영업자 동일 적용

# 지 원 신 청 서

귀 재단에서 실시하고 있는 성장호르몬제 유트로핀 지원사업에 아래와 같이 신청합니다.

신청인 : (인) / 지원대상자와의 관계:

인적사항

치료 대상자	성 명					<사진부착>
	성별/생년월일					
	신 장	cm (현재)				
	주 소					
	연락처	(보호자)		/ (집)		
	장래희망					
가족사항	성 명	관 계	(만) 연 령	직 업	비 고	
제출서류 <small>* 주민등록 뒷번호 비공개로 발급</small>	기초생활수급자, 차상위계층	1. 보호자 주민등록등본 2. 국민기초생활수급자 증명서 (또는) 차상위 증명서				
	그 외	1. 보호자 주민등록등본                      2. 건강보험료 납부확인서('18년) 3. 지방세 세목별 과세증명서('18년 / 과세 사실이 없는 경우에도 제출) <small>* 건강보험료 납부확인서와 지방세 세목별 과세증명서의 경우, 등본에 명시된 부와 모의 서류 모두 제출 (한부모 가정의 경우, 세대주 1부 제출)</small>				

가정환경 및 경제상황

# 의 사 추 천 서

진단소견 및 추천

환아정보(백분위수, 성장속도, 검사결과, 경제상황 등)를 포함하여  
추천서를 작성하여 주시기 바랍니다.

2019년    월    일

\_\_\_\_\_ 병원    \_\_\_\_\_ 과

검진 의사    \_\_\_\_\_ (서명 또는 인)

(예상소요 :    Vial)    (전화번호:    )

**사회복지법인 LG복지재단 귀중**

# 저신장아동 성장호르몬제 지원사업 신청을 위한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

사회복지법인 엘지복지재단에서는 저신장아동 성장호르몬제 지원사업과 관련해 아래와 같이 개인정보를 수집·이용 및 제공하고자 합니다. 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의 여부를 결정해주시기 바랍니다.

## □ 개인정보의 수집·이용 내역

항목	수집 목적	보유기간
성명, 생년월일, 주소, 가족사항, 연락처	대상자 선발 및 적격여부 판단, 사업 수행 및 홍보	영구보존 (단, 제출서류 보존기한은 5년)

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 지원 신청에 제한을 받을 수 있으며, 지원대상자 선발 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? ( 예, 아니요 )

2019년 월 일 본 인 성명 (서명 또는 인)

☞ 정보 주체가 만14세 미만의 아동인 경우, 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? ( 예, 아니요 )

2019년 월 일 법정대리인 성명 (서명 또는 인)

## □ 민감정보 처리 내역

항목	수집 목적	보유기간
건강정보, 재산정보(보호자 소득 등)	대상자 선발 및 적격여부 판단	5년 (제출서류 보존기한)

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 지원 신청에 제한을 받을 수 있으며, 지원대상자 선발 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 민감정보를 처리하는데 동의하십니까? ( 예, 아니요 )

2019년 월 일 본 인 성명 (서명 또는 인)

☞ 정보 주체가 만14세 미만의 아동인 경우, 위와 같이 민감정보를 처리하는데 동의하십니까? ( 예, 아니요 )

2019년 월 일 법정대리인 성명 (서명 또는 인)

## □ 개인정보의 제3자 제공 내역

제공받는 자	제공 목적	제공 항목	보유기간
진료병원, 성장호르몬제 제공/발송처	성장호르몬제 지원 내용 확인, 처방전 및 인수증 수령	기본정보, 건강정보, 성장호르몬제 지원수량 및 기간	1년 (사업 수행 기간)
지주사/협력사	사업 수행 지원 및 홍보	환아사진, 환아사연	5년

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의가 없을 경우 지원 신청에 제한을 받을 수 있으며, 지원대상자 선발 및 관리 등이 원활하게 진행되지 않을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 제3자에게 제공하는데 동의하십니까? ( 예, 아니요 )

2019년 월 일 본 인 성명 (서명 또는 인)

☞ 정보 주체가 만14세 미만의 아동인 경우, 위와 같이 개인정보를 제3자에게 제공하는데 동의하십니까? ( 예, 아니요 )

2019년 월 일 법정대리인 성명 (서명 또는 인)

재단에서 관리하는 개인정보는 위의 명시된 목적 이외의 다른 목적으로 사용되지 않습니다. 개인정보보호법 등 관련 법규에 의거, 상기 본인은 위와 같이 개인정보 수집·이용 및 제공에 관한 동의 여부에 대하여 최종 확인 하였습니다.

2019년 월 일 동 의 인 성명 (서명 또는 인)

**사회복지법인 LG복지재단 귀중**