|  |
| --- |
| 추 천 기 준 |

**□ 신청자격 및 제출서류**

|  |  |
| --- | --- |
| **구 분** | **내 용** |
| 신청자격 | 소 득/재 산 | ▪ 국민기초생활수급자 가정▪ 차상위/차차상위 가정▪ 재산세 10만원 미만 & 건강보험료 기준 미만 |
| 기 타 | ▪ 의료보험 미적용 아동 \* 성장호르몬결핍증, 터너증후군, 만성심부전증 등의 사유로 성장호르몬제 건강보험 혜택을 적용받고 있는 아동은 제외함▪ 표준성장발육곡선상 하위 10% 이하 아동 (단, 추천의가 치료가 필요하다고 인정하는 경우 예외) |
| 제출서류 | ▪ 공통 - 지원신청서, 의사추천서, 개인정보제공동의서, 주민등록등본(뒷자리 비공개)▪ 소득 증빙 서류 1) 국민기초생활수급자 가정, 차상위 가정일 경우 : 국민기초생활수급자 증명서 또는 차상위 증명서▪ 2) 그 외 경우 : 건강보험료 납부확인서(국민건강보험공단 발급),  지방세 세목별 과세증명서(주민센터 발급) **\* 조회기간 : ‘23년 1월 ~ ‘23년 12월** **\* 등본상 부, 모 서류 각 제출 (한부모 가정의 경우, 세대주 서류 제출)** |

**□ 건강보험료 기준**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **구 분** | **2인 가구** | **3인 가구** | **4인 가구** | **5인 가구** | **6인 가구** |
| 월평균소득 | 2,073,692원  | 2,660,890원  | 3,240,578원  | 3,798,412원  | 4,336,788원  |
| 보험료 | 73,512원  | 94,329원  | 114,878원  | 134,654원  | 153,739원  |

\* 2023년 소득기준, 근로소득자 및 자영업자 동일 적용

|  |
| --- |
| 지 원 신 청 서 |

※ 지원신청서 기재 착오 또는 누락, 연락불능(기재 연락처), 첨부서류 미제출 등으로 인한 불이익에 대한

※ 책임은 신청자 본인에게 있으며, 제출된 서류는 반환하지 않습니다. (환부 필요시 별도 요청)

 신청자 : (인) / 치료대상자와의 관계:

**□ 인적사항**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 치료대상자 | 성 명 |  | 성별/생년월일 | / |
| 신 장 |  ㎝ | 장래희망 |  |
| 주 소 |  |
| 연락처1 |  | 연락처2 |  |
| 가족사항 | 성 명 | 관 계 | (만) 연 령 | 직 업 | 비 고 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 제출시첨부서류 |  기초생활수급자, 차상위계층 |  - 주민등록등본(뒷자리 비공개) - 국민기초생활수급자 증명서 또는 차상위 증명서  |
|  그 외 경우 |  - 주민등록등본(뒷자리 비공개) - 건강보험료 납부확인서(국민건강보험공단 발급, ‘23년 1월 ~ 12월) - 지방세 세목별 과세증명서(주민센터 발급, ‘23년 1월 ~ 12월)  \* 건강보험료 납부확인서와 지방세 세목별 과세증명서의 경우, 등본상 부, 모 서류 각 제출((한부모 가정의 경우, 세대주 서류 제출) |

**□ 가정환경 및 경제상황**

|  |
| --- |
|   |

|  |
| --- |
| 의 사 추 천 서 |

**□ 진단소견 및 추천**

|  |
| --- |
|  환아정보(백분위수, 성장속도, 검사결과, 경제상황 등)를 포함하여 추천서를 작성하여 주시기 바랍니다. 2024년 월 일 병원 과 검진의사 (서명 또는 인) (예상소요 : 펜) (전화번호: ) \* 펜타입(36IU) 기준 |

**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, 성별, 생년월일, 주소, 신장, 연락처, 가족사항 | 대상자 선발 및 적격여부 판단,사업 수행 | 3년 |

 ※ 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) 2024년 월 일 본 인 성명 (서명 또는 인)

|  |
| --- |
| **☞ 정보 주체가 만14세 미만의 아동인 경우,** 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? (예, 아니요 ) 2024년 월 일 법정대리인 성명 (서명 또는 인) |

**□ 민감정보 처리 내역**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **항목** | **수집 목적** | **보유기간** |
| 건강정보, 재산정보(보호자 소득 등) | 대상자 선발 및 적격 여부 판단 | 3년 |

 ※ 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 ) 2024년 월 일 본 인 성명 (서명 또는 인)

|  |
| --- |
| **☞ 정보 주체가 만14세 미만의 아동인 경우,** 위와 같이 민감정보를 처리하는데 동의하십니까? (예, 아니요 ) 2024년 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  | 2년 |
| 지주사/협력사 | 사업 수행 지원 및 홍보 | 환아사연 | 3년 |

 ※ 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 ) 2024년 월 일 본 인 성명 (서명 또는 인)

|  |
| --- |
| **☞ 정보 주체가 만14세 미만의 아동인 경우,** 위와 같이 개인정보를 제3자에게 제공하는데 동의하십니까? (예, 아니요 )  2024년 월 일 법정대리인 성명 (서명 또는 인) |

 |
|  법인에서 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 확인하였습니다. 2024년 월 일 동 의 인 성명 (서명 또는 인)  **사회복지법인 LG복지재단 귀중** |