

<경기도 청각장애인 인공달팽이관 수술비 추가지원 신청자 모집>

□ 모집 기한 : 3.30.(화)~4.23.(금) ※ 지원 신청량에 따라 조기마감 가능

□ 수술 지원 대상 : 의료기관에서 수술이 가능하다고 확인한 「장애인복지법 제32조(장애인등록)의 규정에 의해 등록한 만 20세 이하의 청각장애인

※ 단, 영유아(만 5세 이하)의 경우, 청각장애가 예견되어 수술이 필요하다고 의사의 소견(진단)이 있으면 장애 미등록자도 가능(관련서류 첨부 必)

□ 지원 내용 : 수술비 및 재활치료비(언어·청능 훈련) 지원

구분	지원 내용
수술비	당해연도 수술에 대해 1인당 6,000천원 이내 수술비 지원(도비 100%)
재활치료비	수술 다음연도부터 3년간 1인당 연 3,000천원 이내(사·군비 100%)

※ 신청자가 지원인원을 초과할 경우, 예비순위를 결정하여 수술 포기자 발생 시 순위에 따라 수술지원 대상자로 선정(예비순위는 당해연도에 한함)

※ 타 사·도 전출 시 지원 불가함 유의

□ 선정 기준 : 소득 기준(저소득 신청자 우선)

※ 소득액이 동일할 경우, 세대원 중 다른 장애인 유무, 생년월일이 빠른 장애인, 세대원이 많은 경우 순으로 선정

□ 제외 대상 : 동 사업 및 협약사업으로 기존에 지원받은 자
전문병원이 아닌 곳에서 수술가능 확인서를 제출한 자

□ 신청 방법 : 의료기관에서 수술가능확인서 발급 및 수행계획서 등 관련 서류 제출 (읍·면·동 문의)

□ 지원 신청 및 문의 : 주소지 읍·면·동 방문 접수