- 2021년도 -

하반기 청각장애인 인공달팽이관 수술지원 모집

<2021년 하반기 청각장애인 인공달팽이관 수술 지원자 모집>

□ **모집기간 : 상시모집** ※ 신청량에 따라 조기마감 가능

- 매월 말일까지 신청 접수하여, 다음달 1~2주 중으로 대상자 선정 결과 통보

□ **수술 지원 대상 : 의료기관에서 수술이 가능하다고 확인한 만 20세 이하 청각장애인** [「장애인복지법」 제32조(장애인등록)에 의해 장애 등록한 자]

※ 단, 영유아(만 5세 이하)의 경우, 청각장애가 예견되어 수술이 필요하다는 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(시·군비 100%)

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

※ 타 시·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

□ **제외대상 : 동 사업 및 협약사업으로 기존에 지원받은 자**
전문병원이 아닌 곳에서 수술가능 확인서를 제출한 자

□ **제출서류 : 1) 수술가능확인서**(의료기관 발급)
2) (재활훈련)**수행계획서**
3) 관련 증빙자료(건강보험료 납부확인서 등)
※ 서류 제출 사항 : 읍·면·동 문의

□ **신청방법 : 주소지 읍·면·동 방문 접수**