

새로운 복구! 행복을 누린다.

문서번호	복지정책과-750
등록일자	2025. 1. 7.
결재일자	2025. 1. 7.
공개여부	대국민 공개

주무관	복지정책팀장	복지정책과장	복지환경국장
박종원	이대영	전미자	권혜경
협조	드림스타트팀장 희망복지팀장 의료급여팀장	정수진 장현영 이은연	전결 2025. 1. 7.

2025년 지역사회서비스투자사업 이용자 모집 계획

요 지

모집개요

- 신청기간 : 2025. 1. 13. (월) ~ 1. 17.(금) (5일간)
- 이용기간 : '25. 2월 ~ '26. 1월(12개월)
- 모집인원 : 1,435명 정도
- 총사업비 : 2,037백만원(지특70%, 시비15%, 구15%)
- 사업유형 : 14종(아동청소년 심리지원서비스 외 13종)

추진일정

- 신청접수 : 2025. 1. 13. ~ 1. 17. (동 행정복지센터)
- 전산입력 : 2025. 1. 13. ~ 1. 20. (동 행정복지센터)
- 대상자 선정 및 시스템 전송 : 2025. 1. 21. ~ 1. 23.(구)
- 결정통지 : 2025. 1. 24.(동 행정복지센터)



대구광역시북구
BUK-GU DISTRICT, DAEGU CITY
(복 지 정 책 과)

2025년 「지역사회서비스투자사업」 이용자 모집 계획

신규 이용자 모집을 통해 주민의 복지 수요에 맞는 사회서비스 제공 기회를 마련함으로써 지역주민의 복지 체감도 향상 및 사회서비스 일자리 창출 등 지역경제 활성화에 기여하고자 함.

I 추진근거

- 사회서비스이용 및 이용권 관리에 관한 법률 제5조
- 2025년 「지역사회서비스 투자사업 안내」 / 「대구지역사회서비스투자사업 안내」 지침

II 모집개요

■ 사업기간 : 2025. 1. 1. ~ 2025. 12. 31.(12개월)

■ **모집기간 : 2025. 1. 13.(월) ~ 1. 17.(금)(5일간)**

■ 예 산

- 지역사회서비스투자사업 : 2,037백만원(균특 70%, 시비 15%, 구비 15%)

(단위: 천원)

사업	구 분	합 계	국 비	시 비	구 비
		2,037,858	1,426,500	306,429	304,929
지역사회서비스 투자사업	사업비	2,032,858	1,423,000	304,929	304,929
	운영비	5,000	3,500	1,500	-

■ 사업별 모집인원 (총 14종)

(단위: 명, 월, 천원)

구분	구 분	모집 인원	지원 기간	월 지원금	본인 부담금
	계	1,435			
아동 청소년 (3종)	아동 청소년 심리지원서비스	310	12	162	18
	초등 사회성·인지향상 프로그램 '나무늘보'	30	12	162	20
	아동 청소년 바른자세교정 통합운동서비스	220	12	144	16
가족 (3종)	부모·아동 상호관계 증진서비스	100	12	90	10
	부모코칭 프로그램 당당한 맘, 편편(fun, fun)한 맘	35	12	144	16
	가족관계 회복 솔루션 프로그램 '소중한 가족 통하는 가족'	20	6	225	25
노인 (3종)	노인정서치유서비스 "마음건강 지킴이"	140	12	108	12
	노인 운동서비스 "황금빛 뇌(腦)인생"	140	12	126	14
	노인 'DHA 주산 뇌운동 프로그램'	50	12	126	14
장애인 (2종)	시각장애인 안마서비스	260	12	151	16
	장애인 보조기기 렌탈서비스	20	12	108	12
청년 (1종)	청년신체건강증진사업 *25년 2월 별도모집	90	3	216	24
기타 (2종)	약물도박중독가정 기능회복을 위한 토탈케어서비스	10	12	198	22
	정신건강증진서비스	10	12	200	20

※ 월 지원금, 본인부담금 : A등급 기준

신청 인원에 따라 실제 모집 인원 증감 및 서비스별 인원 조정 가능

(단, 사업별 모집계획 인원의 1.5배수를 초과하여 선발할 수 없음.)

Ⅲ 세부추진계획

■ 이용자 모집절차

구 분	주 체	내 용
신청 및 접수 (동)	본인, 부모 또는 담당공무원	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 신청서 ▶ 제출서류(소득확인서류 등)
↓		
상담 및 욕구조사 (동)	동 담당자	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 소득, 연령, 가구원 조사 ▶ 사업별 일반 요건 확인(증빙서류 업로드)
↓		
소득조사(동)	동 담당자	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 소득조사 및 등급설정('25.1.20.까지)
↓		
이용자 선정(구) 및 통지(동)	구 및 동 담당자	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 사회보장정보원에 선정결과 전송('25.1.23.)-구 ▶ 서비스대상자 결과 통지('25.1.24.)-동
↓		
서비스제공 (제공기관)	제공기관	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 제공기관 서비스 제공

1. 신청 및 접수(동)

- 신청인 : 본인, 부모 또는 가족, 법정대리인(후견인),
담당공무원 직권신청(반드시 보호자의 동의 필요)
- 신청기간 : 2025. 1. 13.(월) ~ 1. 17.(금)(5일간)
- 이용기간 : 2025. 2. ~ 2026. 1.(12개월)
 - ※ 이용자가 서비스를 받지 않았더라도 서비스 이용기간이 지나면 서비스를 제공받을 수
없으며, 북구 이외 지역 전출 시 서비스 자동 종료(이용자에게 필히 주지)
- 신청방법 : 주민등록상 거주지 동에 직접 방문 신청
- 제출서류
 - <필수서류>
 - 주민등록증, 건강보험증, 건강보험료 납입영수증(필요시)
 - 사회보장급여(사회서비스이용권) 신청(변경)서

- 사회서비스 이용자 준수사항 안내 확인 동의서
- 사회서비스 전용 국민행복카드 발급(재발급) 신청서
- 사회서비스 전용 국민행복카드 발급을 위한 법정대리인 동의서
(만14세미만 아동인 경우에만 작성)
- 국민행복카드 상담전화를 위한 개인정보 제공동의서
- 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공동의서

<기타서류>

- 사업별 대상자 선정에 필요하다고 인정하여 요구하는 증빙서류
※ 단, 의사진단서 및 소견서, 처방전, 임상심리사·청소년상담사 등의 소견서의
경우 신청일 기준 6개월 이내 발급분까지 유효함(사업별로 예외규정 존재)

○ 서비스 이용제한 : 1인당 1개 서비스만 신청, 이용 가능

2. 소득조사(동)

○ 가구원 수 산정

- 세대별 주민등록표에 기재된 자로서 서비스 이용자를 기준으로 생계와 주거를 같이 하는 배우자, 2촌 이내의 직계존비속 및 그 배우자(아동의 경우 형제자매 포함)
- 주민등록을 달리하더라도 배우자(사실혼 관계포함) 또는 부모(특히 아동의 경우)가 실질적으로 생계나 주거를 같이하는 경우는 가구원에 포함
- 서비스 이용자가 주거를 달리하는 다른 건강보험 직장가입자의 피부양자로 등재되어 있는 경우는 해당 건강보험증에 등재된 자를 모두 가구원 수에 포함

○ 소득조사

- (원칙) 행복e음 통해 조회된 **전월** 건강보험료 부과액 기준으로 산정
- (예외) 건강보험료 부과액이 확인되지 않는 경우 등은 신청자가 건강보험료 관련 소명자료 제출
- (조사생략) 국민기초수급자, 차상위계층, 65세이상 기초연금 수급자는 소득조사 미실시
(행복e음에서 확인)
- (해외체류) 월급명세서로 산정하거나, 확인이 불가능한 경우 건강보험료 부과 중지 직전 12개월 평균 하여 산정
- (직장가입자 휴직) 3개월 이상 휴직한 경우 휴직자의 소득을 0원으로 산정
- (보험료 합산) 가구 내 보험가입자가 2명 이상일 경우 각각의 보험료 합산

- (맞벌이 가구) 부부 중 낮은 건강보험료 1/2 경감 후 합산
- 소득 변동이 있는 때에는 지체없이 동행정복지센터로 신고하여야 함
- 재판정 대상 사업에 대해서는 재판정 당시의 시점을 기준으로 소득조사 실시

3. 이용자 선정(구)

○ 이용자 선정

- 소득기준 : 중위소득 120%이하 적용하되 일부사업에 대해 예외기준 (140~170%, 소득기준 없음) 적용
- 연령기준 : 서비스별 특성에 따라 기준 다름(만 나이 기준)
- 선정방법 : 신청자가 예산의 범위를 초과할 경우 우선순위 기준에 의거 선발
- ※ 공공 전달체계 연계·추천의 경우 서비스 선발인원의 일정 비율 내에서 우선 선발할 수 있음

추천자	연계사업	연계비율	방법
드림스타트	- 아동·청소년바른자세교정통합운동서비스 - 아동·청소년 심리지원서비스	사업별 예산의 10%내	추천서 [붙임2]
정신건강복지센터	- 약물도박중독가정 기능회복을 위한 토달케어서비스 - 정신건강증진서비스	사업별 예산의 30%내	
의료급여관리사	- 시각장애인 안마서비스	10%내	
통합사례관리사	- 대상자 맞춤형 서비스	10%내	

4. 자격관리

■ 서비스 지원기간

- 지원기간 : 12개월(1회, 사업별 상이) 지원
- 자격기간 : 서비스 개시월부터 대상자 지원기간
 - 이용자가 서비스를 받지 않았더라도 서비스 개시월부터 지원기간이 소멸되어 이용자 지원기간이 지나면 서비스를 제공받을 수 없음
 - ※ 이용자에게 지원기간을 명시하고 소멸시점을 필히 주지

■ 자격상실

- 개인별 판정 유효기간 만료시 서비스 자동 중지

- 전출입 (이용자가 대구 북구 이외 지역으로 전출 시 해당서비스는 자동 종료)
- 2개월간 정당한 사유 없이 바우처 이용실적이 없을 경우
(사전안내 동의서로 갈음하여 직권 조치)
- 본인부담금을 2개월 이상 체납하여 제공기관으로부터 서비스 중지요청이 있는 경우
- 바우처 카드 매매 및 양도 등 부정사용 적발시
- 사망, 이용포기, 부정한 방법으로 대상자 선정, 지원기준 부적합, 바우처 카드 매매 및 양도 등 부정사용, 제공기관의 부정 사용결제, 제공인력 성추행 등 부당한 행위 등

■ 자격기간 연장(재판정)

- 서비스 효과 극대화 등 지속지원의 필요성이 높은 사업에 대해 서비스 제공

재판정횟수	대상사업
1회	아동·청소년 심리지원서비스, 시각장애인 안마서비스, 초등 사회성·인지향상 프로그램 ‘나무늘보’, 청년신체건강증진사업
2회	약물도박중독가정 기능회복 토탈케어서비스, 정신건강증진서비스
5회	장애인 보조기기 렌탈서비스
불가	부모-아동 상호관계 증진서비스, 아동·청소년 바른자세교정 통합운동서비스, 노인정서치유서비스 “마음건강 지킴이”, 부모코칭 프로그램 당당한 맘, 편편(fun, fun)한 맘, 가족관계회복을 위한 솔루션프로그램 ‘소중한 가족, 통하는 가족’, 노인 운동서비스 “황금빛 뇌(腦)인생”, 노인 “DHA 주산 뇌운동” 프로그램

- 재판정 대상 사업의 종류
- 재판정 시점에서 소득, 욕구서류 등 관련 자료를 제출받아 자격적합여부를 확인 후 예산의 범위 안에서 지속지원 여부 결정

■ 선정(종료)통지 및 이의신청

- 선정통지 : 행복e음에서 통지서 출력하여 “적합”, “부적합” 결과 통지하고 서비스 이용 방법 안내
- 종료통지 : 행복e음에서 통지서 출력, 종료사유 명시하여 통지
- 이의신청
 - 신청인 : 본인(부모 또는 보호자) 또는 법정대리인
 - 신청기한 : 결과 통지 받은 날로부터 60일 이내
 - 신청방법 : 이의신청서 작성하여 제출

IV 서비스별 세부내용

1. 부모-아동 상호관계 증진서비스

항목	내 용
목적	○ 유아기 아동과 부모간의 상호교감과 유대감 형성을 지원하고 양육부담을 감소
서비스내용	○ 아이발달단계별 놀이 활동프로그램, 사전/사후검사(양육스트레스, 아동발달기초검사)
신청대상	○ 소득 및 연령 : 기준 중위소득 120% 이하의 만1세~6세(2019-2024년생)이하 아동을 양육하는 부모 - A등급 : 기초수급자, 차상위, B등급 : 중위소득 120%이하 중 기초수급, 차상위가 아닌자 ○ 구비서류(택1) : 가족관계증명서, 주민등록등본(행복e음 확인 불가할 경우) ※ 장애아동발달재활서비스, 시청각장애부모 자녀의 언어발달지원, 다문화가족지원센터의 자녀 언어 발달사업, Wee클래스 상담지원, 발달장애부모심리지원서비스 중복 지원 불가
기간 및 가격 본인부담금	○ 기간 및 가격 : 12개월(재판정 불가) 월10만원 ○ 본인부담금 : A등급 10천원, B등급 20천원
우선순위	① A등급 ② B등급 건강보험료 낮은 순

2. 아동·청소년 바른자세교정 통합운동서비스

항목	내 용
목적	○ 좌·우뇌 불균형으로 발생하는 운동능력·인지·학습·정서문제를 아동·청소년에게 맞춤프로그램을 제공해 밸런스를 유지하는 신체활동 지원
서비스내용	○ 운동프로그램(뇌자극 운동), 사전/사후검사, 부모상담 및 교육(운동, 영양, 두뇌교육 등)
신청대상	○ 소득 및 연령 : 소득기준 없음, 만4세~13세 (2012~2021년생)이하 아동·청소년 - A등급 : 기초수급자, 차상위, B등급 : 중위소득 120%이하 중 기초수급, 차상위가 아닌 자 C등급 : 중위소득 120%초과~160%이하, D등급 : 중위소득 160%초과 ※ 문화체육관광부 스포츠바우처사업 중복 지원 불가 ○ 구비서류(택1) : (학교 체육관련담당자, 보건교사, 유치원장)의 신체불균형 검사지 및 평가서, (체육관련 기관)의 신체불균형 검사지 및 평가서와 평가자의 체육관련 자격첨부
기간 및 가격 본인부담금	○ 기간 및 가격 : 12개월(재판정 불가), 월16만원 ○ 본인부담금 : A등급 16천원, B등급 32천원, C등급 48천원, D등급 64천원
우선순위	① 서비스연계 추천 받은 대상자를 모집인원의 10%이내 우선 선발 ② A등급 ③ B등급 ④ C등급 ⑤ D등급 건강보험료 낮은 순

3. 부모코칭 프로그램 “당당한 맘, 편편(fun, fun)한 맘”

항목	내 용
목적	<ul style="list-style-type: none"> ○ 부모가 자신의 자존감을 향상시키고 부모로서의 자긍심을 높여 당당한 부모가 된다. ○ 가족 간 의사소통기술 향상, 자녀를 위한 진로코칭을 통한 현명하고 지혜로운 부모가 된다.
서비스내용	<ul style="list-style-type: none"> ○ 집단상담 프로그램, 사전·사후검사(심리검사), 가족역량강화프로그램
신청대상	<ul style="list-style-type: none"> ○ 소득 및 연령 : 기준 중위소득 140% 이하의 초·중고 자녀를 둔 부모 <ul style="list-style-type: none"> - A등급 : 기초수급자, 차상위, B등급 : 중위소득 120%이하 중 기초수급자, 차상위가 아닌 자, C등급 : 중위소득 120%초과 ~ 140%이하 ※ 발달장애부모심리상담지원사업과 중복 지원 불가 ○ 구비서류(택1) : 가족관계증명서, 주민등록등본(행복e음 확인 불가한 경우), 초·중 고자녀 확인
기간 및 가격 본인부담금	<ul style="list-style-type: none"> ○ 기간 및 가격 : 12개월(재판정 불가), 월16만원 ○ 본인부담금 : A등급 16천원, B등급 32천원, C등급 48천원
우선순위	① A등급 ② B등급 ③ C등급 건강보험료 낮은 순

4. 약물도박중독가정 기능회복을 위한 토탈케어서비스

항목	내 용
목적	<ul style="list-style-type: none"> ○ 약물 및 도박 등 중독의 위험을 가진 세대에 대한 위험요소를 조기 발견하고 치료개입을 통해 문제행동을 감소시키고 건전한 사회구성원으로의 생활 지원
서비스내용	<ul style="list-style-type: none"> ○ 개별상담, 집단상담, 가족역량강화, 위기개입 및 지역연계
신청대상	<ul style="list-style-type: none"> ○ 소득 및 연령 : 소득기준 없음, 만 12세(2013년 이전 출생자) 이상인 자가 알콜·약물·도박·행위·복합중독을 가진 가구 <ul style="list-style-type: none"> - A등급 : 기초수급자, 차상위, B등급 : 기초수급자, 차상위가 아닌 자 ○ 구비서류(택1) : 각 중독문제에 대한 정신과 전문의 소견서 또는 진단서, 해당 중독문제에 대한 선별평가 기준에 적합하고 국가 또는 지방자치단체가 직접 설치 운영하거나 위탁운영 하고 있는 중독관련 전문기관의 기관장의 소견서 또는 평가서
기간 및 가격 본인부담금	<ul style="list-style-type: none"> ○ 기간 및 가격 : 12개월(재판정 2회), 월22만원 ○ 본인부담금 : A등급 22천원, B등급 44천원
우선순위	<ul style="list-style-type: none"> ① 서비스연계(정신건강복지센터 등) 추천 받은 대상자를 모집인원의 30%이내 우선 선발 ② A등급 ③ B등급 고연령 순

5. 장애인 보조기기 렌탈서비스(상시)

항목	내 용
목적	○ 장애아동의 특수 휠체어 및 자세유지기구의 구입 및 리폼에 대한 경제적 부담 경감으로 특수 장애아동의 정상적 신체발달 지원
서비스내용	○ 보조기기대여 및 성장단계별 맞춤지원, 점검 및 유지보수, 상담 및 정보제공
신청대상	○ 소득 및 연령 : 소득기준 없음, 만 24세(2001년 이후 출생자) 이하의 지체 및 뇌병변 장애아동 청소년, 척수장애 또는 근위축증으로 의사 진단서 발급이 가능한 아동 청소년 (단, 6세 미만의 지체 및 뇌병변 장애가 예견되어 동 서비스가 필요하다고 인정한 의사진단서가 있는 경우 인정) - 1등급 : 기초수급자, 차상위 - 2등급 : 중위소득 140%이하 중 기초수급자, 차상위 아닌자 - 3등급 : 중위소득 140%초과 ○ 구비서류 : 통합복지카드(장애인등록증), 의사소견서 또는 진단서(발급일로부터 최근 6개월 이내)
기간 및 가격 본인부담금	○ 기간 및 가격 : 12개월(재판정 5회), 월12만원 ○ 본인부담금(6개월) : 1등급 12천원, 2등급 24천원, 3등급 36천원
우선순위	① 1등급 ② 2등급 ③ 3등급 고연령 아동 순

6. 정신건강증진서비스(상시)

항목	내 용
목적	○ 정신장애인의 적극적인 사회 적응 훈련과 지역사회 자원연결체계 구축을 통하여 만성적인 병원 입·퇴원의 반복 혹은 방치상황을 극복함으로써 정신장애인의 만족스러운 지역사회 생활과 적극적인 사회참여를 유도하고자 함. ○ 지역사회에서 독립적으로 생활하는데 필요한 다양한 능력개발에 대한 코칭을 통하여 클라이언트 본인과 가족보호체계의 자존감을 향상시키고자 함. ○ 정신장애인 자립능력개발 지원서비스 관련 전문 인력의 고용창출을 높이하고자 함.
서비스내용	○ 대상자의 증상에 따라 필요한 프로그램을 선별 또는 혼합하여 제공하고, 여건에 따라 부가서비스 병행 제공
신청대상	○ 소득 및 연령 : 기준중위소득 120% 이하의 만 15세(2010년 이전 출생) 이상 정신장애인 또는 정신건강의학과 치료가 필요하다는 정신건강의학과 전문의의 소견서 및 진단서 발급이 가능한 자 * 낮병동 이용자 이용불가 ○ 구비서류 : 통합복지카드, 정신건강의학과 전문의 의사진단서 및 소견서(발급일로부터 최근 6개월 이내)

항목	내 용
기간 및 가격 본인부담금	<ul style="list-style-type: none"> ○ 기간 및 가격 : 12개월(재판정 2회), 월22만원 ○ 본인부담금 : 20천원
우선순위	<ul style="list-style-type: none"> ① 서비스연계(정신건강복지센터 등) 추천 받은 대상자를 모집인원의 30%이내 우선 선발 ② 고연령 순

7. 가족관계회복솔루션 프로그램 ‘소중한 가족, 통하는 가족’

항목	내 용
목적	<ul style="list-style-type: none"> ○ 가족상담 프로그램을 통해 가족관계를 회복
서비스내용	<ul style="list-style-type: none"> ○ 심리검사(사전/사후검사), 가족역동분석, 가족상담, 가족공동체프로그램
신청대상	<ul style="list-style-type: none"> ○ 소득 및 연령 : 기준 중위소득 170% 이하의 만 7세이상(2018년생 이전 출생자) 자녀를 둔 가족 <ul style="list-style-type: none"> - A등급 : 기초수급자, 차상위 - B등급 : 120%이하 중 기초수급자, 차상위가 아닌 자 - C등급 : 중위소득 120%초과 ~ 140%이하 - D등급 : 중위소득 140%초과 ~ 160%이하 - E등급 : 중위소득 160%초과 ~ 170%이하 ※ <u>장애아동발달재활서비스, 발달장애부모심리지원서비스, 시청각장애부모 자녀의 언어발달지원, 다문화 가족지원센터의 자녀언어발달사업, Wee클래스 상담지원 중복 지원 불가</u> ※ <u>서비스 대상(부 또는 모, 조부 또는 조모, 자녀 등) 전체 타 서비스 중복지원 불가</u> ○ 구비서류(택1) : 가족관계증명서, 주민등록등본(건강보험증과 다른 경우, 전산상 확인불가시 제출)
기간 및 가격 본인부담금	<ul style="list-style-type: none"> ○ 기간 및 가격 : 6개월(재판정 불가), 월25만원 ○ 본인부담금 : A등급-25천원, B등급-50천원, C등급-75천원, D등급-100천원, E등급-125천원
우선순위	<ul style="list-style-type: none"> ① 저소득, 재혼, 한부모, 위탁, 다문화, 장애인, 북한이탈, 입양, 조손가정 ② 그 외 일반가정

8. 아동·청소년 심리지원서비스

항목	내 용
목적	○ 심리행동문제의 조기 발견 및 개입을 통한 아동·청소년의 건강한 성장을 지원
서비스내용	○ 아동·청소년의 조기개입서비스, 부모상담, 언어, 놀이 미술, 심리상담프로그램
신청대상	<p>○ 소득 및 연령 : 기준 중위소득 140% 이하 가정의 만 18세(2007년 이후 출생자) 이하인 자</p> <ul style="list-style-type: none"> - A등급 : 기초수급자, 차상위 - B등급 : 중위소득 120%이하 중 수급자, 차상위가 아닌 자 - C등급 : 중위소득 120%~140%이하 <p>※ 장애아동발달재활서비스, 시청각장애부모 자녀의 언어발달지원, 다문화가족지원센터의 자녀 언어 발달사업, Wee클래스 상담지원 중복 지원 불가</p> <p>○ 구비서류(택1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 병원에서 발급 시(소아정신과, 정신의학과, 소아청소년과 전문의) <ul style="list-style-type: none"> (1) 평가소견이 포함된 진단서 또는 소견서 원본 1부 (2) 임상심리평가 결과지 2. 병원외 발급 시(학교·정신건강복지센터·아동보호전문기관·청소년상담복지센터·Wee센터·사회 서비스 제공기관에 소속된 아동청소년 대상의 심리평가가 가능한 임상심리사, 정신건강전문요원, 청소년상담사1급2급, 전문상담사(교사), 언어재활사1급) <ul style="list-style-type: none"> (1) 평가결과지(=평가지, 소견서요약본) 원본 1부 (2) 임상심리평가 결과지 (3) 자격증 사본(평가자와 검사자 동일) <p><<공통사항>></p> <ul style="list-style-type: none"> ※ 임상심리평가는 부모보고 검사도구와 전문가보고 검사도구를 각각 필수로 하나를 선택하여 시행하여야 함. <ul style="list-style-type: none"> - 부모보고 검사도구: K-CBCL, K-ARS, RCMAS, -PRC, -CYP, PRES/SELSI, KPI-C, MMPI 중 하나를 필수로 활용 - 전문가보고 검사도구: K-WISC-IV(WPPSI, WAIS포함), K-WISC-V, K-ABC2, K-ABC 중 하나를 필수로 활용 ※ 검사결과는 절단점이나 백분위를 기준으로 종합적으로 판단하되 전문적 개입의 필요성이 높은 아동·청소년임이 확인되어야함. ※ 검사 및 평가결과자는 동일인 이어야함(2가지 검사 모두 같은 동일인)
기간 및 가격 본인부담금	<p>○ 기간 및 가격 : 12개월(재판정 1회), 월18만원 ~ 21만6천원(가격 자율화 적용)</p> <p>○ 본인부담금 : A등급 18~54천원, B등급 36~72천원, C등급 54~90천원</p>
우선순위	<p>① 서비스연계(정신보건센터, 드림스타트 등) 추천 받은 대상자를 모집인원의 10%이내 우선 선발</p> <p>② A등급 ③ B등급 ④ C등급 건강보험료 낮은 순 * 접수 후 우선순위 변경될 수 있음</p>

9. 시각장애인 안마서비스

항목	내 용
목적	○ 노인성 질환자의 건강을 증진하고, 일반 사업장 등에 취업이 곤란한 시각장애인에게 일자리 제공 필요
서비스내용	○ 수기용법 및 기타자극요법에 의한 안마 서비스, 체형교정·자극요법에 의한 안마서비스
신청대상	<ul style="list-style-type: none"> ○ 소득 및 연령 : 기준 중위소득 150% 이하인 자 또는 기초연금수급자 <ul style="list-style-type: none"> - A등급 : 기초수급자, 차상위 - B등급 : 중위소득 120%이하 중 기초수급자, 차상위가 아닌 자 - C등급 : 중위소득 120%초과 ~ 150%이하 ○ 자 격 <ul style="list-style-type: none"> - 근골격계·신경계·순환계 질환*이 있는 만 60세(1965년 이전 출생) 이상인 자 - 만 19세 이상의 지체 및 뇌병변 등록 장애인 - 국가유공자 예우에 관한 법률에 의해 상이등급 판정을 받은 자 중 근골격계·신경계·순환계 질환이 있는 자 <p>* 근골격계·신경계·순환계 질환 질병분류코드: G, M, I 및 R81, E10~15</p> <p>※ 장애인활동지원서비스 이용 시간 외 지원 가능</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 구비서류(택1) : 발급일로부터 최근 6개월 이내 <ul style="list-style-type: none"> - 의사진단서, 소견서, 처방전(질병분류코드: G, M, I 및 R81, E10~15) - 통합복지카드 - 국가유공자증, 의사진단서, 소견서(질병분류코드: G, M, I 및 R81, E10~15)
기간 및 가격 본인부담금	<ul style="list-style-type: none"> ○ 기간 및 가격 : 12개월(재판정 1회), 월168천원 ○ 본인부담금 : A등급 16,800원, B등급 25,200원, C등급 33,600원
우선순위	<ul style="list-style-type: none"> ① 서비스 연계 추천 받은 대상자를 모집인원의 10%이내 우선 선발 ② A등급 ③ B등급 ④ C등급 건강보험료 낮은 순 ⑤ 국가유공자 ⑥ 고연령 순

10. 노인 운동서비스 “황금빛 뇌(腦)인생”

항목	내 용
목적	○ 노인의 신체·인지향상 운동프로그램을 통한 치매 예방 및 건강한 노후생활 도모
서비스내용	<ul style="list-style-type: none"> ○ 체력검사, 인지기능검사, 우울척도검사 ○ 인지향상 통합운동프로그램(운동강도에 따라 선택 Level1, Level2)
신청대상	<ul style="list-style-type: none"> ○ 소득 및 연령 : 기준 중위소득 140% 이하 가구 또는 기초연금수급자 만 65세(1960년 이전 출생자) 이상인 자 <p>※ 노인주거복지시설 이용자, 노인장기요양서비스(시설,재가) 이용자 중복 지원 불가</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 구비서류 : 우선순위 관련 서류 필요 시 별도 구비
기간 및 가격 본인부담금	<ul style="list-style-type: none"> ○ 기간 및 가격 : 12개월(재판정 불가), 월14만원 ○ 본인부담금 : 14천원
우선순위	<ul style="list-style-type: none"> ① 서비스연계(치매관련기관, 정신건강복지센터 등) 추천받은 대상자를 모집인원의 10%이내 우선 선발 ② 1인가구

11. 노인 “DHA 주산 뇌운동” 프로그램

항목	내 용
목적	○ 노인의 신체·인지향상 운동프로그램을 통한 치매 예방 및 건강한 노후생활 도모
서비스내용	○ 체력검사, 인지기능검사, 우울척도검사, 행복도검사, 호산력·암산력 검사 ○ 주산활용 DHA 통합프로그램(뇌 인지력 수준별로 Level1, 또는 Level2 적용)
신청대상	○ 소득 및 연령 : 기준 중위소득 150% 이하 만 65세(1960년 이전 출생자) 이상인 자 ※ 노인주거복지시설 이용자, 노인장기요양서비스 이용자 중복 지원 불가 ○ 구비서류 : 우선순위 관련 서류 필요시 별도 구비
기간 및 가격 본인부담금	○ 기간 및 가격 : 12개월(재판정 불가), 월14만원 ○ 본인부담금 : 14천원
우선순위	① 서비스연계(치매관련기관, 정신건강복지센터 등) 추천받은 대상자를 모집인원의 10%이내 우선 선발 ② 1인가구

12. 청년신체건강증진서비스 * 별도모집(25년 2월 모집 예정)

항목	내 용
목적	○ 비만 또는 허약한 청년의 신체건강지원을 통해 삶의 질 향상
서비스내용	○ 유산소, 근력향상, 체력증진 등 개인 맞춤형 운동처방 ○ 운동처방에 따른 제공인력의 직접 지도하에 정기적 운동 실시
신청대상	○ 소득 및 연령 : 소득기준없음, 만19세~34세 청년 ○ 구비서류(택1) : ① BMI(신체질량지수) 23이상 또는 18.5 이하 ② 신체균형검사 ③ 체지방률 경도비만, 비만 ④ 비만지수 20%이상 또는 신장별 표준체중 20% 미달
기간 및 가격 본인부담금	○ 기간 및 가격 : 3개월(1회에 한해 재이용 가능), 월 24만원 ○ 본인부담금 : 24천원
비고	24년 2월 모집시 세부내역 변경될 수 있음

13. 노인정서치유서비스 “마음건강 지킴이”

항목	내 용
목적	○ 동세대간 교류와 어울림을 통한 상호지원 및 지지체계 형성으로 삶에 대한 활력 증진 ○ 나이 듦에 대한 적극적 수용을 통해 가치로운 자기모습을 확인함으로써 고독감과 우울감 해소 ○ 심리진단 및 노후적응 프로그램을 통한 건강한 노후생활 준비 지원
서비스내용	○ 정서치유 프로그램, 상담프로그램(집단상담 및 심리검사진단), 자존감 향상 발표회, 대중문화체험

항목	내 용
신청대상	<ul style="list-style-type: none"> ○ 소득 및 연령 : 기준 중위소득 140% 이하 가구 또는 기초연금수급자, 만 65세(1960년 이전 출생자) 이상인 자 ※ 노인주거복지시설 이용자, 노인장기요양급여(시설, 재가) 이용자 중복 지원 불가 ○ 구비서류(택1) : 노인우울척도 한국형 결과지 및 평가서, 벡(BDI) 우울척도 결과지 및 평가서 (일반기관 평가결과지 가능), 정신건강복지센터 추천서
기간 및 가격 본인부담금	<ul style="list-style-type: none"> ○ 기간 및 가격 : 12개월(재판정 불가), 월12만원 ○ 본인부담금 : 12천원
우선순위	○ 저소득

14. 초등 사회성·인지향상 프로그램 ‘나무늘보’

항목	내 용
목적	○ 경계선 지능 아동의 사회성 및 인지 향상 프로그램을 통한 사회성 증진 도모
서비스내용	○ 느린학습자 선별 체크리스트검사, 인지기능 향상 및 사회성 증진 프로그램
신청대상	<ul style="list-style-type: none"> ○ 소득 및 연령 : 소득기준 없음(단, 중위소득 구간별 본인부담률 차등부담) 초등학교 1~6학년(초등학교 재학생) ※ 장애아동발달재활서비스, 시청각장애부모 자녀의 언어발달지원, 다문화가족지원센터의 자녀 언어 발달사업, Wee클래스 상담지원, 대구교육청 두뇌기반 학습바우처, 특수교육 대상자 치료지원, 학습코칭단, 난독바우처 이용자 중복 지원 불가 ○ 구비서류(택1) 1. 교육청 추천 연계시 <ul style="list-style-type: none"> ① 학교장 직인이 날인된 “느린 학습자를 위한 사회성 및 인지 향상 서비스(바우처) 지원 신청서” 원본1부 2. 병원 발급 시(소아정신과, 정신건강의학과, 소아재활의학과, 소아청소년과 전문의) <ul style="list-style-type: none"> ① 평가소견이 포함된 진단서 또는 소견서 원본 1부 ② 임상심리평가 결과지 3. 병원 외 발급시 <ul style="list-style-type: none"> ① 평가지(=소견서) 원본 1부 ② 임상심리평가 결과지 * 결과지에 기관명이 명시되어야 함. ③ 검사자 자격증 사본(평가자와 검사자 동일)
기간 및 가격 본인부담금	<ul style="list-style-type: none"> ○ 기간 및 가격 : 12개월(재판정 1회), 월 18만원 ~ 24만원(가격 자율화 적용) ○ 본인부담금 : A등급 18천원~78천원, B등급 36천원~96천원, C등급 54천원~114천원 D등급 144천원~204천원

V 행정사항

■ 구(복지정책과)

- 이용자 결정 및 사회보장정보원 전송(1월 23일 18시까지)
- 서비스 대상자 적합여부 판정 및 각 동 공문 통보(1월 24일)
- 바우처 비용 예탁 및 지출(구→사회보장정보원)
- 홍보
 - 홈페이지 공지, 각종 주민행사 시 홍보 요청
 - 현수막 제작

■ 동 행정복지센터

- 신청서 접수 : 2025. 1. 13.(월) ~ 1. 17.(금)
 - ※ 대상자 선정여부는 1월말 ~ 2월초 통보 예정임을 상담 시 반드시 주지
- 행복e음 접수 : 2025. 1. 13.(월) ~ 1. 20.(월)
- 통지서 발송 : 구 결정 공문에 따라 대상자 결정통지서 발송(1. 24.)
- 각급 단체 회의 시 사업 안내 홍보

■ 의료급여팀(의료급여관리사), 희망복지팀(통합사례관리사), 드림스타트팀, 정신건강복지센터

- 서비스 연계 추천 : 1. 17.(금) 기한
 - 의료급여팀, 희망복지팀, 드림스타트팀, 정신건강복지센터 : 모집인원의 10%내
- 추천 방법 : 추천서【붙임2】 작성하여 추천

《 붙임 내역 》

1. 2025년 기준중위소득 기준표
2. 추천서
3. 신청서식 7종

【붙임1】 2025년 기준중위소득 기준표

■ 기준중위소득 120%

가구원수	소득기준	건강보험료본인부담금		
		직장가입자	지역가입자	혼합
2인	4,720,000	168,410	105,787	170,193
3인	6,031,000	215,933	151,146	219,196
4인	7,318,000	261,360	208,471	266,302
5인	8,530,000	302,462	260,307	311,031
6인	9,678,000	354,964	320,449	369,517
7인	10,787,000	386,684	357,963	407,092
8인	11,895,000	431,294	411,250	461,699
9인	13,003,000	461,699	447,279	506,004
10인	14,112,000	506,004	496,008	552,230

■ 기준중위소득 140%

가구원수	소득기준	건강보험료본인부담금		
		직장가입자	지역가입자	혼합
2인	5,506,000	196,177	133,680	198,905
3인	7,036,000	252,203	196,416	256,716
4인	8,537,000	311,031	269,976	320,322
5인	9,952,000	354,964	320,449	369,517
6인	11,291,000	407,092	382,076	431,294
7인	12,584,000	461,699	447,279	506,004
8인	13,877,000	506,004	496,008	552,230
9인	15,170,000	552,230	545,971	599,810
10인	16,464,000	599,810	591,277	673,463

【붙임2】 추천서

대상자 연계 의뢰서(대상자 추천서)			
작성일자	20 . . .	담당자	(인)
소속		연락처	
의뢰기관		의뢰날짜	
의뢰기관 담당자		의뢰기관 연락처	
대상자 성명		전화번호	(집) (H.P)
주소	자택)		
가구유형	<input type="checkbox"/> 소년소녀가구 <input type="checkbox"/> 청장년1인가구 <input type="checkbox"/> 독거노인가구 <input type="checkbox"/> 한부모가구 <input type="checkbox"/> 장애인가구 <input type="checkbox"/> 미혼모부가구 <input type="checkbox"/> 부부중심가구 <input type="checkbox"/> 노인부부가구 <input type="checkbox"/> 조손가구 <input type="checkbox"/> 다문화가구 <input type="checkbox"/> 새터민가구 <input type="checkbox"/> 공동체가구 <input type="checkbox"/> 기타()		
대상자 요구서비스			
주 의뢰문제		의뢰서비스	
첨부내용			

【붙임3】

■ 사회보장급여 관련 공통서식에 관한 고시 [별지 제1호의4서식] <개정 2025.1.1.> (3쪽 중 1쪽)

사회보장급여(사회서비스이용권) 신청(변경)서							처리기간 : 14일 (첫만남이용권, 장애인활동지원, 발달장애인 주간활동서비스 및 방과후활동서비스는 30일)	
신청인	성명	주민등록번호		세대주와의 관계	전화번호			
	주소					휴대전화		
							전자우편	
가족사항	세대주와의 관계	성명	주민등록번호	동거여부	건강상태 (장애/질병)	직장명	전화번호 (집/직장)	
	※ 배우자 관계 (<input type="checkbox"/>) 법률혼 <input type="checkbox"/> 사실혼 <input type="checkbox"/> 사실상 이혼)							
본인부담금 환급계좌 ¹⁾	지원대상자와의 관계	성명	금융기관명	계좌번호	예금주	비고(사유)		
제출처	사회보장급여 내용							
다 면 민 센 터	[<input type="checkbox"/>]보육료지원 • 유아학비지원 * 부모급여(보육료) 지원 포함	지원대상자	신청구분					
			[<input type="checkbox"/>] 어린이집(0~2세) 기본([<input type="checkbox"/>]장애 [<input type="checkbox"/>]다문화) [<input type="checkbox"/>] 어린이집(0~2세) 연장 [<input type="checkbox"/>] 어린이집 방과후					
			[<input type="checkbox"/>] 어린이집(3~5세)([<input type="checkbox"/>]장애 [<input type="checkbox"/>]다문화) [<input type="checkbox"/>] 장애아 보육료(6~12세) [<input type="checkbox"/>] 유치원 유아학비(3~5세)([<input type="checkbox"/>]사립유치원 저소득층 유아학비)					
			[<input type="checkbox"/>] 어린이집(0~2세) 기본([<input type="checkbox"/>]장애 [<input type="checkbox"/>]다문화) [<input type="checkbox"/>] 어린이집(0~2세) 연장 [<input type="checkbox"/>] 어린이집 방과후					
			[<input type="checkbox"/>] 어린이집(3~5세)([<input type="checkbox"/>]장애 [<input type="checkbox"/>]다문화) [<input type="checkbox"/>] 장애아 보육료(6~12세) [<input type="checkbox"/>] 유치원 유아학비(3~5세)([<input type="checkbox"/>]사립유치원 저소득층 유아학비)					
	[<input type="checkbox"/>]가사간병방문 지원	* 어린이집(0-2세) 연장보육자격을 신청한 경우라도, 자격 확인 결과에 따라 어린이집(0-2세)기본보육 자격으로 변경될 수 있습니다. * 0, 1세 아동은 부모급여(보육료) 자격으로, 어린이집(0-2세)로 신청하면 됩니다. * 동일보장가구의 계좌가 아닐 경우 사유를 반드시 기재하고, 디딤씨앗계좌(DDA) 또는 압류방지통장이 있는 경우에도 반드시 기재						
		지원대상자	신청요건(1개 선택)					
		[<input type="checkbox"/>] 장애정도가 심한 장애인 [<input type="checkbox"/>] 중증질환자 [<input type="checkbox"/>] 희귀난치성질환자 [<input type="checkbox"/>] 소년소녀 [<input type="checkbox"/>] 월 24시간 [<input type="checkbox"/>] 조손가정 [<input type="checkbox"/>] 한부모가정(법정보호세대) [<input type="checkbox"/>] 기타 시군구청장이 인정하는 자 [<input type="checkbox"/>] 월 27시간 [<input type="checkbox"/>] 장기입원 사례관리 퇴원자 [<input type="checkbox"/>] 월 40시간						
	[<input type="checkbox"/>] 장애아동 가족지원	발달장애 서비스	지원대상자	장애유형	[<input type="checkbox"/>] 뇌병변장애 [<input type="checkbox"/>] 청각장애 [<input type="checkbox"/>] 시각장애 [<input type="checkbox"/>] 언어장애 [<input type="checkbox"/>] 지적장애 [<input type="checkbox"/>] 자폐성장애 [<input type="checkbox"/>] 미등록 (영유아)			
			장애정도	[<input type="checkbox"/>] 장애정도가 심한 장애인 [<input type="checkbox"/>] 장애정도가 심하지 않은 장애인 [<input type="checkbox"/>] 미등록				
(비장애아동)		필요서비스 (중복 체크가능)	[<input type="checkbox"/>] 언어재활 [<input type="checkbox"/>] 청능재활 [<input type="checkbox"/>] 미술심리재활 [<input type="checkbox"/>] 음악재활 [<input type="checkbox"/>] 행동재활 [<input type="checkbox"/>] 놀이심리재활 [<input type="checkbox"/>] 재활심리 [<input type="checkbox"/>] 감각발달재활 [<input type="checkbox"/>] 운동발달재활 [<input type="checkbox"/>] 심리운동 [<input type="checkbox"/>] 기타()					
		필요서비스 (중복 체크가능)	[<input type="checkbox"/>] 언어발달진단 [<input type="checkbox"/>] 언어재활 [<input type="checkbox"/>] 기타 ()					
		장애유형 (부모 또는 조부모)	[<input type="checkbox"/>] 뇌병변장애 [<input type="checkbox"/>] 청각장애 [<input type="checkbox"/>] 시각장애 [<input type="checkbox"/>] 언어장애 [<input type="checkbox"/>] 지적장애 [<input type="checkbox"/>] 자폐성장애					
[<input type="checkbox"/>] 발달장애인 지원	발달장애인 부모 상담 지원	지원대상자	자녀와의 관계		[<input type="checkbox"/>] 부 [<input type="checkbox"/>] 모 [<input type="checkbox"/>] 기타()			
		장애 유형 및 정도	장애유형	[<input type="checkbox"/>] 지적장애 [<input type="checkbox"/>] 자폐성장애 [<input type="checkbox"/>] 미등록(영유아)		장애 정도	[<input type="checkbox"/>] 장애정도가 심한 장애인 [<input type="checkbox"/>] 장애정도가 심하지 않은 장애인	
	주간활동 및 방과후 활동 지원	장애 유형 및 정도	장애유형	[<input type="checkbox"/>] 지적장애 [<input type="checkbox"/>] 자폐성장애		장애 정도	[<input type="checkbox"/>] 장애정도가 심한 장애인 [<input type="checkbox"/>] 장애정도가 심하지 않은 장애인	
		지원유형	[<input type="checkbox"/>] 주간활동서비스 ([<input type="checkbox"/>] 기본형 [<input type="checkbox"/>] 확장형) ※ 확장형 이용시 장애인활동지원급여가 일부 차감됩니다. [<input type="checkbox"/>] 방과후활동서비스					

(3쪽 중 2쪽)

[]지역사회 서비스	지원대상자			서비스명		
	지원대상자			서비스명		
	지원대상자					
	신청요건 (1개 선택)	<input type="checkbox"/> 돌봄 필요 청년·중장년 <input type="checkbox"/> 가족돌봄청년 <input type="checkbox"/> 기타 시군구청장이 인정하는 자				
	[]일상돌봄 서비스	지원 유형	서비스 유형 (중복체크 가능)		서비스명	
			<input type="checkbox"/> 기본서비스			
			<input type="checkbox"/> 특화서비스			
	※ 기본서비스 유형별 특화서비스 이용가능 개수 : 1개(A형), 2개(B형), 선택 불가(C형)					
	※ 기본서비스 미이용시 특화서비스 이용가능 개수: 2개(D형)					
	[]긴급돌봄지원	지원대상자				
지원 유형 (중복체크 가능)		<input type="checkbox"/> 기본돌봄 서비스				
		<input type="checkbox"/> 방문목욕 서비스				
신청 사유 (중복체크 가능)		<input type="checkbox"/> 갑작스러운 질병·무상 등으로 필요한 경우 <input type="checkbox"/> 주 돌봄자의 갑작스러운 부재로 필요한 경우 <input type="checkbox"/> 타 돌봄서비스 신청 후 대기 중인 경우 <input type="checkbox"/> 기타 예외적으로 필요한 경우				
[]여성청소년 생리용품 지원	지원대상자			지원신청	청소년본인 또는 부모, 주양육자 신청가능	
	지원대상자					
[] 장애인활동지원	지원대상자					
	긴급활동지원	<input type="checkbox"/> 해당 (※ 신규신청자인 경우에만 신청 가능)				
	활동지원급여	신청유형	<input type="checkbox"/> 신규신청 <input type="checkbox"/> 변경신청 <input type="checkbox"/> 갱신신청 <input type="checkbox"/> 노인장기요양전환자 지원			
		변경신청 사유 (※ 해당하는 항목에 모두 체크)	<input type="checkbox"/> 장애상태의 변화		<input type="checkbox"/> 학교생활	
			<input type="checkbox"/> 직장생활		<input type="checkbox"/> 취약가구	
			<input type="checkbox"/> 독거(1인)가구 (19세 이상)		<input type="checkbox"/> 거주지 이전	
		<input type="checkbox"/> 나머지 가족의 사회생활		<input type="checkbox"/> 조손가정 (19세 미만)		
	<input type="checkbox"/> 한부모가정 (19세 미만)		<input type="checkbox"/> 기타			
특별지원급여	<input type="checkbox"/> 출산 <input type="checkbox"/> 자립준비 <input type="checkbox"/> 보호자일시부재(<input type="checkbox"/> 결혼 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 출산 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 지역사회보호자) (※ 해당하는 항목에 모두 체크)					
[]첫만남이용권	지원대상자	출생정보		출생순위		
	지급방식	<input type="checkbox"/> 바우처(원칙) <input type="checkbox"/> 현금(시설보호 아동 등) <input type="checkbox"/> 현금(보호자명의 계좌)				
	카드정보 (국민행복카드)	보호자(카드 보유자) <input type="checkbox"/> BC(은행) <input type="checkbox"/> 삼성 <input type="checkbox"/> 롯데 <input type="checkbox"/> KB국민(은행) <input type="checkbox"/> 신한				
		※ 유의사항 - 신규신청자의 경우, 발급 희망 카드사 및 회원 은행사(BC, KB카드를 선택한 경우)를 선택합니다. - 국민행복카드를 이미 소지하고 있는 경우, 해당 카드사를 선택합니다.				
[]전국민 마음 투자 지원	지원대상자					
	지원 유형	<input type="checkbox"/> 1급 유형 <input type="checkbox"/> 2급 유형				
	의뢰경로 (1개 선택)	<input type="checkbox"/> 기관에서 심리상담 필요성 인정 <input type="checkbox"/> 정신건강복지센터 <input type="checkbox"/> 대학교상담센터 <input type="checkbox"/> 청소년상담복지센터 <input type="checkbox"/> Wee센터/Wee클래스 <input type="checkbox"/> 동네의원 마음건강돌봄 연계 시범사업 수행기관 <input type="checkbox"/> 정신의료기관 <input type="checkbox"/> 기타 기관 <input type="checkbox"/> 국가 건강검진 중 정신건강검사(우울증 선별검사, PHQ-9) 결과에서 중간 정도 이상 우울 확인 <input type="checkbox"/> 자립준비청년 및 보호연장아동				
보 건 소	[] 산모신생아 건강관리지원	지원대상자	출산(예정)일		년 월 일	
		지원 유형	<input type="checkbox"/> 단태아 (<input type="checkbox"/> 첫째아 <input type="checkbox"/> 둘째아 <input type="checkbox"/> 셋째아 이상), <input type="checkbox"/> 쌍태아 / 장애정도가 심한 산모+단태아 (<input type="checkbox"/> 인력1명 <input type="checkbox"/> 인력2명) <input type="checkbox"/> 삼태아 / 장애정도가 심한 산모+쌍태아 (<input type="checkbox"/> 인력2명 <input type="checkbox"/> 인력3명) <input type="checkbox"/> 사태아 이상 / 장애정도가 심한 산모+삼태아 이상 (<input type="checkbox"/> 인력2명 <input type="checkbox"/> 인력4명)			
		신청요건	기본 지원대상	<input type="checkbox"/> 자격확인(생계·의료·주거·교육급여 수급자 또는 차상위) <input type="checkbox"/> 소득기준 이하		
			예외 지원 대상 (해당자만)	<input type="checkbox"/> 희귀난치성질환 산모 <input type="checkbox"/> 장애인 산모 및 장애 신생아 <input type="checkbox"/> 쌍생아 이상 출산가정 <input type="checkbox"/> 셋째아 이상 출산가정 <input type="checkbox"/> 새터민 산모 <input type="checkbox"/> 결혼이민 가정 <input type="checkbox"/> 미혼모 산모 <input type="checkbox"/> 둘째아 이상 출산 산모 <input type="checkbox"/> 분만 취약지 산모 <input type="checkbox"/> 미숙아 출산 산모 <input type="checkbox"/> 기타(소득기준 완화 등)		
		서비스 제공 장소	<input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 기타			
보건 소· 주민 센터	[] 저소득층기저귀 조제분유지원	지원대상자				
		지원 유형 (중복 체크 가능, 조제분유는 변경 신청인 경우만 단독 신청 가능)	기본지원대상	<input type="checkbox"/> 기저귀(<input type="checkbox"/> 국기초 <input type="checkbox"/> 차상위 <input type="checkbox"/> 한부모 <input type="checkbox"/> 기타) <input type="checkbox"/> 조제분유(<input type="checkbox"/> 산모의 사망·질병 <input type="checkbox"/> 아동복지시설 등 아동 <input type="checkbox"/> 기타)		
			예외지원대상 (지자체 자체 사업)	<input type="checkbox"/> 기저귀(<input type="checkbox"/> 국기초 <input type="checkbox"/> 차상위 <input type="checkbox"/> 한부모 <input type="checkbox"/> 기타) <input type="checkbox"/> 조제분유(<input type="checkbox"/> 산모의 사망·질병 <input type="checkbox"/> 아동복지시설 등 아동 <input type="checkbox"/> 기타)		

(3쪽 중 3쪽)

개인정보 수집 및 활용 동의		확 인 (√ 체크)
1. 수집·이용에 관한 사항 <input type="checkbox"/> 개인정보 활용 목적 동 신청서를 접수한 보장기관의 장이 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제7조 및 제19조에 따라 지원대상자의 선정 및 확인조사 등을 위하여 개인정보를 활용하고자 합니다. <input type="checkbox"/> 활용할 개인정보와 동의요청 범위 인적사항 및 가족관계 확인에 관한 정보, 소득·재산·근로능력·취업상태에 관한 정보, 사회보장급여의 수혜이력에 관한 정보, 그밖에 수급권자를 선정하기 위하여 필요한 정보로서 주민등록전산정보·가족관계등록전산정보(기초생활보장과 초중고 교육비지원)는 본인, 배우자, 직계존·비속 및 그 배우자 정보, 영유아 및 한부모 가족은 본인, 배우자 및 직계비속 정보, 노인 및 장애인은 본인 및 배우자 정보), 금융·국세·지방세, 토지·건물·건강보험·국민연금·고용보험·산업재해보상보험·출입국·병무·보훈급여·교정 등 자료 또는 정보에 대하여 정기적으로 관계기관에 요청하거나 관련 정보통신망(행정정보공동이용 포함)을 통해 조회 및 적용하는 것에 대하여 동의합니다. <input type="checkbox"/> 개인정보 보유 및 파기 같은 법 제34조에 따라 5년간 보유하고(지원대상자 보호에 필요한 사회보장정보는 5년을 초과하여 보유할 수 있음), 그 기간이 경과하면 파기함을 고지합니다. <input type="checkbox"/> 동의를 거부할 권리 및 동의를 거부할 경우의 불이익 위 개인정보의 제공 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의 거부 시 사회보장급여법 제7조제6항에 따라 급여 신청을 각하할 수 있습니다.		[]
유의 사항		확인 (√ 체크)
1. 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」, 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 및 관계 법률에 따라 허위 또는 기타 부정한 방법으로 급여를 받거나 타인으로 하여금 급여를 받게 한 경우, 급여 지급 사유가 소급하여 소멸한 경우 등에는 보장비용을 지급한 보장기관이 그 비용의 전부 또는 일부를 그 급여를 받은 자 또는 급여를 받게 한 자로부터 환수할 수 있으며, 해당 법률에서 정한 바에 따라 징역, 벌금, 구류 또는 과태료 등의 처분을 받을 수 있습니다.		[]
2. 사회보장급여의 제공여부 결정에 필요한 조사를 거부, 방해 또는 기피할 경우 관계 법률에 따라 신청이 각하되거나 결정이 취소되고, 급여가 정지 또는 중지되거나, 과태료 등이 부과될 수 있습니다.		[]
3. 이 신청에 따라 사회보장급여를 제공받으면 거주지, 세대원, 소득·재산상태, 근로능력, 수급이력 등이 변동되었을 때 변동사유를 신고하지 않거나 허위로 신고한 경우 해당 급여는 환수될 수 있으며, 관계 법률에 따라 형사 처벌 또는 과태료 등의 처분을 받을 수 있습니다.		[]
4. 사회보장급여 신청을 위해 작성·제출하신 서류는 반환되지 않습니다.		[]

추가제출 서류	1. 신청인(대리 신청인)의 신분을 확인할 수 있는 서류 * 대리신청의 경우에는 위임장 및 대리신청인, 신청인의 신분을 확인할 수 있는 서류 2. 통장계좌번호 사본 1부(해당자에 한함) 3. 어린이집(0~2세) 연장보육 신청의 경우 취업 증빙 등을 위하여 보건복지부장관이 정한 연장보육 자격 확인이 가능한 서류 (해당자에 한함) 4. 건강 진단서(해당자에 한함) 5. 조제분유 지원신청의 경우 의사진단서(소견서), 가족관계증명서 등 산모의 질환 또는 사망을 증명하는 서류 및 시설입소증명서, 가정위탁보호확인서 등 시설아동, 가정위탁아동 등임을 증명하는 서류 6. 첫만남이용권 지원신청 시 시설입소아동, 보호자가 수형자인 경우, 복수국적자, 난민 인정자, 보호자 여부 확인이 필요할 경우 및 미혼부 자녀로 법원 등을 통해 출생신고 절차가 진행 중인 경우 보건복지부장관이 정한 자격확인 가능한 서류 7. 전국민 마음투자 지원사업 신청의 경우, 신청요건에 따라 아래의 서류 - 정신건강복지센터, 대학교상담센터, 청소년상담복지센터, Wee센터/Wee 클래스 등의 기관에서 심리상담이 필요하다고 인정한 경우 : 기관에서 발급하는 의뢰서(신청일 기준 3개월 이내 발급) - 동네의원 마음건강돌봄 연계 시범사업 수행기관을 통해 의뢰된 경우 : 「동네의원 마음건강돌봄 연계 시범사업 지침」의 별지 제4호 연계의뢰서(신청일 기준 3개월 이내 발급) - 정신의료기관 등에서 심리상담이 필요하다고 인정한 경우 : 정신건강의학과 의사, 한방신경정신과 한의사가 발급하는 진단서 또는 소견서(신청일 기준 3개월 이내 발급) - 국가 정신건강검진 중 정신건강검사(우울증 선별검사, PHQ-9) 결과에서 중간 정도 이상 우울이 확인된 경우 : 일반건강검진 결과통보서(신청일 기준 1년 이내 실시) - 자립준비청년 및 보호연장아동 : 자립준비청년은 보호종료확인서, 보호연장아동은 시설재원증명서 또는 가정위탁보호확인서 8. 일상돌봄 서비스 신청의 경우, ①의사진단서, 소견서, 자립준비청년 보호종료확인서 등 대상자 또는 그 가족의 돌봄 필요성을 증빙할 수 있는 서류, ②돌봄 제공자 부재를 증빙할 수 있는 서류 9. 긴급돌봄 지원사업 신청의 경우, 의사진단서 및 소견서, 입원(퇴원)확인서, 주돌봄자의 사망신고서 등 긴급성을 증빙할 수 있는 서류
------------	---

본인(대리신청인 포함)은 개인정보활용동의와 기타 유의사항에 대하여 담당공무원으로부터 안내받았음을 확인하며, 위와 같이 사회보장급여(사회서비스이용권)를 신청합니다.

년 월 일

신청인(대리 신청인²⁾) 성명 :

신청인과의 관계 : (대리 신청의 경우)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

2) 가족, 친족(8촌이내의 혈족, 4촌이내의 인척), 사회복지담당공무원 및 기타 관계인(후견인) 등

[서식 2]

사회서비스 전용 국민행복카드 발급(재발급) 신청서

발급 대상자	대상자	성명(한글)	주민등록번호		
	대리인	성명(한글)	생년월일	대상자와의 관계	
	미성년자 발급동의서			① 징구 ② 미징구 ※ 만14세미만 아동은 법정대리인 동의 필요	
신청구분	<input type="checkbox"/> 신규 <input type="checkbox"/> 재발급		재발급사유	<input type="checkbox"/> 분실 <input type="checkbox"/> 훼손 <input type="checkbox"/> 기타	
카드 수령지	수령인 등)	<input type="checkbox"/> 발급대상자 <input type="checkbox"/> 보호자(가족		대상자와의 관계 : ※ 수령자가 보호자인 경우 기재	
		성명	생년월일	전화번호	-
	수령지	① 자택 ② 직장 ③ 읍·면·동행정복지센터 ※ 자택, 직장, 읍·면·동행정복지센터 중 희망 수령지를 체크하고 주소, 전화번호를 기재			
	자택	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	전화번호	-	
	직장	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	전화번호		
본인 부담금 환급 계좌	예금주	은행명	계좌번호		
	* 대상사업 : 노인돌봄종합서비스(방문·주간보호·단기가사), 장애인활동지원, 가사간병방문지원				

년 월 일

신청인(대리신청인) (서명 또는 인)

대구광역시 북구청장, 사회보장정보원장

귀하

안내 및 유의사항

- ▶ 신청대상 : 만14세미만 아동, 만75세이상 노인, 노인단기가사서비스 대상자, 장애인활동지원서비스 대상자 중 발달장애인(지적·자폐), 지역사회서비스 대상자 중 정신건강 토탈케어, 장애인·노인 돌봄여행, 치매환자 가족여행
- 전자이용권(바우처) 사업 서비스 대상자(본인) 명의로 사회서비스 전용 국민행복카드가 발급됩니다.
- 이미 사회서비스 전용 국민행복카드를 보유하고 있는 경우에는 추가로 발급받을 필요가 없으며, 기존 카드를 이용하실 수 있습니다.

[서식 3]

사회서비스 전용 국민행복카드 발급을 위한 법정대리인 동의서

카드발급 신청인 (지원대상자)	성명(한글)			
	주민등록번호			
법정대리인	성명(한글)			
	생년월일		연락처	-

상기 본인(법정대리인)은 카드 발급 신청인을 대리하여 국민행복카드의 발급 및 동 카드의 사용에 동의합니다.

년 월 일

법정대리인 (서명 또는 인)

사회보장정보원장 귀하

안내 및 유의사항

- 국민행복카드 발급 신청인이 만14세미만 아동인 경우에만 작성합니다.
- 카드 발급 신청인란에 국민행복카드 발급 대상자 정보를 기재합니다.

[서식 4]

국민행복카드 상담전화를 위한 개인정보 제공동의서

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

개인정보 제공동의	국민행복카드 발급에 필요한 안내 및 확인(상담전화(TM))을 위하여 신청서에 기재된 개인정보를 다음과 같이 제공하는 데 동의하십니까? - 제공항목 : 성명, 연락처(자택, 휴대전화), 서비스신청 전자이용권(바우처) 사업명 - 제공목적 : 국민행복카드 발급 및 본인 확인 - 제공받는 기관 : 신청인이 지정한 국민행복카드 사업자(카드사) - 보유기간 : 카드발급 완료 등 보유 목적이 달성될 때까지		
	[] 동의함 [] 동의하지 않음		

신청카드 (택1)	BC카드				[] 롯데카드	[] 삼성카드
	[] IBK기업은행	[] NH농협	[] SC제일은행			
	[] 경남은행	[] 광주은행	[] 대구은행			
	[] 부산은행	[] 수협은행	[] 우리은행			
	[] 전북은행	[] 제주은행	[] 우체국			

본인은 본 동의서의 내용에 대하여 담당공무원으로부터 안내받았음을 확인합니다.

년 월 일

신청인(대리신청인) : (서명 또는 인)

대구광역시 북구청장, 사회보장정보원장, 국민행복카드 사업자(BC카드, 삼성카드, 롯데카드) 대표
귀하

안내 및 유의사항

▶ 신청대상 : 만19세이상

- 전자이용권(바우처) 사업 서비스 대상자(본인) 명의로 국민행복카드가 발급됩니다.
- 이미 국민행복카드를 보유하고 있는 경우에는 추가로 발급받을 필요가 없으며, 기존 카드를 이용하실 수 있습니다.
- 본 동의를 거부할 수 있으며, 동의 거부에 따른 불이익은 없습니다. 다만, 신청하신 전자이용권(바우처) 사업은 국민행복카드로 서비스 이용 및 결제가 가능하므로, 국민행복카드가 없는 경우에는 가까운 국민행복카드 영업점(은행, 우체국, 카드센터 등) 방문, 카드사별 홈페이지 접속 또는 콜센터에 연락하여 직접 카드 발급을 신청할 수 있습니다.
- 국민행복카드는 신용카드, 체크카드 중 이용자가 선택하여 발급이 가능합니다. 다만, 카드사의 신용심사결과에 따라 신용카드 발급이 제한될 수 있으며 자세한 내용은 카드사를 통해 확인하시기 바랍니다.
- 계좌압류자, 신용불량자 등 신용 또는 체크카드 발급이 불가능한 경우에는 예외적으로 전용카드가 발급되며, 이용자의 선호에 따라 전용카드가 발급되지는 않습니다.

[서식 5]

개인정보 수집 · 이용 및 제3자 제공동의서

□ 개인정보 및 고유식별정보 처리 안내

○ 수집 · 이용 항목

- 신청서에 기재된 내역 일체 : 성명 · 주민등록번호 · 주소 · 연락처 등
- 자산조사 및 자격정보 일체 : 소득 · 재산 등 자산정보 및 장애유형 · 등급 등 자격정보
- 국민행복카드 정보 일체 : 신청정보 · 카드번호 · 이용내역 등

○ 수집 · 이용 목적

- 전자이용권 제도 관련 본인 확인 및 자격 결정에 관한 업무
- 바우처포인트 생성 및 이용대금 정산(본인부담금 납부·환급 포함)에 관한 업무
- 전자이용권 서비스 제공 · 결제(보육료 및 유아학비 호환결제 포함)에 관한 업무
- 국민행복카드 카드 제작 및 배송에 관한 업무
- 전자이용권 서비스 중복수혜 및 부정수급 확인에 관한 업무
- 전자이용권 서비스 만족도 조사 및 각종 안내문 발송에 관한 업무
- 기타 전자이용권 서비스 제도 운영에 관한 업무

○ 보유 기간 : 전자이용권 이용자격 종료 후 5년까지

□ 개인정보 및 고유식별정보(민감정보 포함) 처리 근거 안내

○ 고유식별정보 : 주민등록번호, 외국인등록번호

○ 민 감 정 보 : 장애 및 질병 등 건강정보

○ 관 련 법 률

- 「사회보장급여의 이용 · 제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 시행령 제27조(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
- 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 시행령 제8조의2(민감정보 및 고유식별정보의 처리)
- 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 시행령 제37조의2(민감정보 및 고유식별정보의 처리)

□ 개인정보 제3자 제공(목적 · 항목 · 제공처) 안내

○ 국민행복카드 발급

- 성명, 주소, 연락처 : 해당 카드사

○ 보육료 · 유아학비 호환결제

- 국민행복카드번호 : 보육통합정보시스템

○ 중복수혜 및 부정수급 확인 등 제도 운영

- 성명, 주민등록번호, 서비스 이용내역 : 유관 정부기관 또는 공공기관

□ 개인정보 및 고유식별정보 처리에 관한 동의

- | | | |
|-------------------------------|------------|----------------|
| ○ 개인정보 처리에 동의하십니까? | [] 동의함 | [] 동의하지 않음 |
| ○ 고유식별정보(민감정보 포함) 처리에 동의하십니까? | [] 동의함 | [] 동의하지 않음 |
| ○ 제3자 제공에 동의하십니까? | [] 동의함 | [] 동의하지 않음 |

□ 동의를 거부할 권리 안내

- 귀하는 상기 개인정보를 수집 · 이용하거나 제3자에게 제공하는 데 동의하지 않을 수 있으며, 동의를 거부하는 데 따르는 불이익은 없습니다. 다만, 동의 거부 시에는 전자이용권 서비스 대상자로 선정될 수 없음을 알려드립니다.

본인은(대리신청인 포함)은 상기 내용을 확인합니다.

※만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법정대리인의 동의가 필요함.

20 년 월 일

신청인(대리신청인):

(서명)

[서식 6]

사회서비스 이용자 준수사항 안내 확인 동의서

안녕하십니까?

귀하가 20 년 월 일 신청하신 지역사회서비스투자사업(사업)이용 시 유의사항 및 준수사항에 대해 아래와 같이 알려드립니다.

1. “사회서비스 이용 및 이용권관리에 관한 법률” 제15조에 따른 이용자 준수사항을 준수하여야 합니다. 동 사항을 위반할 경우 1년 이하의 징역 또는 500만원 이하의 벌금을 받을 수 있음을 알려드립니다.

[이용자 준수사항]

1. 사회서비스 이용권(바우처카드, 전자카드 포함)을 정당한 권리가 없는 자에게 판매 대여하거나 그 권리를 이전하여서는 안된다.
2. 사회서비스이용권을 사용할 때에 사회서비스이용권에 기재된 사회서비스를 대신하여 대가성이 있는 금전 등 어떠한 물품도 제공자로부터 받아서는 아니 된다.

- 회당결제 방식(예외, 장애인보조기기렌탈서비스, 자살위험군예방서비스, 저소득 건강관리서비스)에 따라 이용자는 서비스 이용 당일 반드시 바우처 카드를 소지하여야 하며, 원칙적으로 바우처카드 미소지자는 서비스를 제공할 수 없습니다.
- 본인부담금의 미납 및 2개월간 바우처 결제실적이 없는 경우 별도의 조치 없이 해당 서비스의 이용자격이 상실됩니다.
- 아울러 제공인력에 대한 폭력, 성폭력 등 부당한 해위를 한 사실이 확인된 경우 해당 서비스 이용자격이 상실되고, 관련법에 따른 민형사상 처벌을 받을 수 있음을 알려드립니다.

감사합니다.

100 100 100

대구광역시 북구청장

지역사회서비스 투자사업() 신청인(또는 대리인) ()는 위의 사항을 관계 공무원으로부터
안내 받았으며 동 사항을 준수할 것을 확인합니다.

കുറുപ്പ് കുറുപ്പ് കുറുപ്പ്

신청인(대리인)

(서명 또는 인)

[서식 7]

국민행복카드 소개 및 발급 안내 [서비스 이용자용]

◆ 「국민행복카드」란?

- 정부에서 지원하는 다양한 전자이용권(바우처) 사업을 한 장의 카드로 이용할 수 있는 **통합 카드**



☞ 전자이용권 서비스를 이용하기 위해서는 **국민행복카드**가 필요합니다.

- 다만, **희망e든카드**를 보유하고 계신 분은 향후 전자이용권 **재발급 신청시까지 희망e든카드**를 계속 사용하실 수 있습니다.

◆ 국민행복카드 신청방법

가까운 은행, 우체국 등 직원에게 **“국민행복카드” 발급을 요청하세요**

☞ 대상자가 **만14-19세미만인 경우**,

카드사 영업점(은행, 우체국, 카드센터 등)을 방문하여 **국민행복카드(체크카드)**를 신청하면 됩니다.

* **BC카드**(IBK기업은행, NH농협, SC제일은행, 경남은행, 광주은행, 대구은행, 부산은행, 수협은행, 우리은행, 전북은행, 제주은행, 우체국), **롯데카드**, **삼성카드**

※ 카드사별로 신청 가능자(법정대리인, 서비스 대상자 본인, 법정대리인과 본인 동행 등),

구비서류 필요여부 등이 다르므로 **영업점 방문 전 발급 기준을 문의**하세요.

☞ 대상자가 **만19세이상인 경우**,

① **카드사 영업점**(은행, 우체국, 카드센터 등)을 방문하거나, **홈페이지 접속** 또는 **콜센터**에 직접 **전화**하여 **국민행복카드 발급** 신청이 가능하며,

② 읍면동 행정복지센터 또는 보건소에서 서비스를 신청할 때 **카드사 콜센터 발급상담** 전화를 함께 신청하실 수도 있습니다.

◆ 문의 및 정보확인

- (전화) 사회보장정보원 대표번호 1566-3232(단축4번) 또는 보건복지부 콜센터 (129)
- (인터넷) 국민행복카드 홈페이지(www.voucher.go.kr)