

천주교 수원교구

Diocese of Suwon

우 16326 수원 우체국 사서함 2호

/ 전화 (031) 244-5001~5

/ 전송 244-3991

문서번호 천수교 2016-218

시행일자 2016. 9. 29.

수신 제위신부 및 기관장

참조 전교수녀, 총회장, 제분과위원회장,
사회복지분과장, 사무장

선 결			지 시		
접 수	일자 시간	.	결 재 · 공 람		
	번호	:			
처 리 과					
담 당 자					

제목 2016년 하반기 생명위원회 「출산·양육·치료비」 지원사업 안내

† 소통과 참여로 색신하는 수원교구! 하느님 아버지처럼 자비로이!

교구 사회복지화국 생명위원회에서 2016년 하반기 생명지원사업(출산·양육·치료비 지원사업)을 공모합니다. 다음과 붙임의 내용을 확인하시어 본당 관할 내에 **다자녀가정(세 자녀 이상)**, **미혼부모·한부모가정**, **실직자가정**, **입양가정**, **셋째자녀(또는 그 이상)를 임신한 임산부**, **희귀·난치성질환자**가 있는 가정 등의 소득 및 경제적 상황을 고려하여 어려움을 겪고 있는 가정(대상자)을 추천하여 주시기 바랍니다.

본당 주임사제(또는 수원교구 내 관련 기관장)의 확인을 받은 신청서가 교구 생명위원회에 접수된 대상자들은 심사를 통해 선정된 후 본당(또는 관련 기관)으로 알려드리겠습니다. 붙임의 포스터를 홍보하시어 정말 도움을 필요로 하는 대상자들에게 희망을 전달할 수 있도록 협조하여 주시기 바랍니다.

다 음

1. 지원대상 : 본당 관할 내 경제적 어려움을 겪고 있는 가정(소득 및 경제적 상황고려)
2. 접수방법
 - 가. 붙임 1의 신청안내에 따라 해당 신청서와 구비서류를 준비하여 우편 또는 방문접수(우편 접수와 방문접수만 가능, 이메일 팩스 접수 불가)
 - 나. 본당 사회복지분과, 제분과, 구역반 등의 추천을 받아 본당사제(또는 관련 기관장)의 확인을 받은 지원신청만 가능
3. 제출기간 : 2016년 10월 13일(목) ~ **11월 14일(월)까지**
4. 제 출 처 : (16346) 수원시 장안구 이목로 39, 천주교 수원교구 사회복지화국 생명위원회
5. 선정발표 : 2016년 11월 28일(월)이후 해당 본당(또는 관련 기관)으로 통지
6. 문 의 : 교구 사회복지화국 생명위원회 ☎ 031-268-8523, 내선 0401)

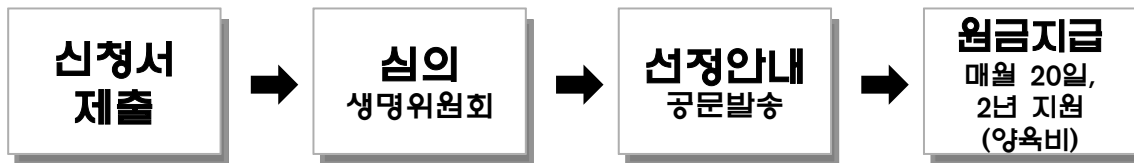
- 붙임**
1. 2016년 하반기 생명위원회 생명지원사업 신청안내.
 2. 본당 출산지원금 신청서.
 3. 본당 양육비 지원금 신청서.
 4. 본당 입양아동 양육비 지원금 신청서.
 5. 본당 희귀난치병환자 지원금 신청서.
 6. 2016년 하반기 생명위원회 생명지원사업 안내 포스터 1장(10월 2일자 주보편 발송). 끝.



총 대 리 이 성 호 주교

2016년 하반기 생명위원회 생명지원사업 신청안내

1. 지원절차 및 수령안내



※ 출산지원금, 치료비지원금은 1회 지급

※ 본당을 통한 지원신청과

본당(또는 관련 기관)을 통한 지원금 전달 원칙

2. 지원사업 구비서류 안내

<p>공통서류 : 해당지원신청서, 본당(또는 관련 기관) 통장사본 및 해당구비서류</p> <p>※생명지원금이 입금 될 본당(또는 관련 기관)명의 통장사본</p>
--

가. 출산비지원금 구비서류(1회 지급/1가정 당 최대 50만원)

: 셋째자녀를 임신한 임산부, 세 자녀 이상의 임산부, 미혼모 또는 미혼모사회복지시설

1) 주민등록등본 또는 가족관계증명서

2) 임산부 수첩 또는 보건소, 의료기관 확인서(임신 증명서류 첨부)

나. 양육비지원금 구비서류(2년 매월지급/1가정 당 10만원)

◎ 한부모가정

: 세대주 부모에 의하여 양육되는 18세 미만의 자녀세대, 배우자의 사별, 이혼

1) 주민등록등본 또는 가족관계증명서

2) 한부모가족증명서(주민센터 및 지차제 발급가능)

◎ 실직자가정

: 19세 미만 자녀세대 중 가장의 실직

: 2016년 11월 기준 2년 이내 가장의 폐업, 부도, 실직

1) 주민등록등본 또는 가족관계증명서

2) 부모 건강보험납부확인서

3) 실직 및 폐업 확인증명이 가능한 서류

- 실직 이전 자영업자 : 휴업사실증명원 또는 폐업사실증명원(세무서 발행)

- 실직 이전 월급생활자 : 퇴직증명원(전 회사 발행가능, 서류 내 실직사유와 근로기간이 나타나야 함)
- 일일근로자, 노점상, 영세사업자 : 고용확인서(고용주 발행)

◎ 다자녀가정

: 현재 세 자녀 이상 가정 중 막내가 13세 이하의 가정(현재 셋째아이 임신부 포함)

1) 주민등록등본 또는 가족관계증명서

※ 셋째아이 임신부는 임신부 수첩(사본/출산예정일 기재되어있는 부분) 또는 보건소, 의료기관 확인서 제출요망

◎ 조손가정

: 부모의 이혼, 가출 등의 사유로 할아버지, 할머니가 18세 미만의 손자 손녀 양육

1) 주민등록등본 또는 가족관계증명서

◎ 미혼부모가정

: 미혼자(사실혼 관계에 있는 사람 제외)

: 미혼모사회복지시설(새싹들의 집, 생명의 집) 퇴소 시 시설과 연계추천을 받은 가정

※ 대상자 선정 및 심사 → 시설 지원금 송금 및 대상자 전달

1) 주민등록등본 또는 가족관계증명서

2) 자녀 출생증명서

◎ 입양가정

: 13세 미만의 아동을 입양한 국내입양가정

※ 해외이주신고로 주민등록이 말소된 자는 지원대상 제외

1) 양부모 신분증(주민등록증 또는 운전면허증)

2) 입양관계증명서

다. 희귀난치병지원금 구비서류 (1회 지급/개인별 차등지급)

: 경제적 어려움을 겪고 있는 가정 중 희귀난치병을 앓고 있는 아동, 성인

1) 진단서 및 소견서

2) 진료비 영수증 (진단 후 또는 장기치료 환우일 경우 최근 1년간 영수증)

3. 신청마감 : 2016년 11월 14일(월) 17:00까지 우편도착 또는 방문 신청에 한함

※ 주소: (우)16346 수원시 장안구 이목로 39 천주교 수원교구 사회복음화국 생명위원회

4. 문의 : 교구 사회복음화국(☎ 031-268-8523, 내선 0401) / brave@casuwon.or.kr

()본당 입양아동 양육비 지원금 신청서

주의사항 : 가능한 모든 항목에 표시(√)해주세요. 빈 항목이 있을 시에는 심사 때 감점될 수도 있습니다.

인적 사항	입양아동 성명			주민등록번호	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	
	입양 가정	부 성명		주민등록번호		
		모 성명		주민등록번호		
	주 소					
가족 사항 ()명	관계	이름(세례명)	연 령	직 업	동거여부 (O.X)	건강상태 및 특이사항
소득 및 경제 상황	가구월평균 소득	원		주 소득원(대상)		
	부채상태	<input type="checkbox"/> 유 (_____ 원) / <input type="checkbox"/> 무				
	근로 여부	<input type="checkbox"/> 정규직 <input type="checkbox"/> 계약직, 일용직 <input type="checkbox"/> 무			정부 지원 내용	<input type="checkbox"/> 의료급여 1종 <input type="checkbox"/> 의료급여 2종
	주거상태	<input type="checkbox"/> 자가 (구입금액 _____ 원) <input type="checkbox"/> 전세 (전세금 _____ 원) <input type="checkbox"/> 월세 (보증금 _____ 원, 월 _____ 원) <input type="checkbox"/> 영구임대 <input type="checkbox"/> 기타 (거주 실태 직접 기입)				
구 체 적 상 황 기 재	가정생활					
	주거생활					
	경제, 학교생활					
	건강					
신청인 일반사항		신청인명		전화번호		
		휴대전화		e-mail		
첨부서류 : 1. 양부모 신분증(주민등록증 또는 운전면허증) 2. 입양관계증명서 3. 본당통장계좌번호						
201 년 월 일						
신 청 인 :				(인 혹은 서명)		
본당주임신부 :				(인 혹은 서명)		

()본당 희귀난치병환자 지원금 신청서

주의사항 : 가능한 모든 항목에 표시(√)해주세요. 빈 항목이 있을 시에는 심사 때 감점될 수도 있습니다.

인적 사항	환아명			학교 / 학년			<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
	생년월일	. . (세)		연락처	☎ H.P		
	주 소						
	진단명 (최종진단)			진단일	년 월 일	진료병원	
	가족형태	<input type="checkbox"/> 부모 (양친 · 편부 · 편모 · 기타 _____) <input type="checkbox"/> 소년소녀가장 <input type="checkbox"/> 조손가정 (할머니와 할아버지 · 할머니 · 할아버지) <input type="checkbox"/> 기타 _____					
가족 사항 ()명	관계	이름(세례명)		연 령	직 업	동거여부 (O.X)	건강상태 및 특이사항
소득 및 경제 상황	가구월평균 소득				원	주 소득원(대상)	
	부채상태	<input type="checkbox"/> 유 (원) / <input type="checkbox"/> 무					
	근로 여부	<input type="checkbox"/> 정규직 <input type="checkbox"/> 계약직, 일용직 <input type="checkbox"/> 무				정부 지원내용	<input type="checkbox"/> 의료급여 1종 <input type="checkbox"/> 의료급여 2종
	주거상태	<input type="checkbox"/> 자가 (구입금액 원) <input type="checkbox"/> 전세 (전세금 원) <input type="checkbox"/> 월세 (보증금 원, 월 원) <input type="checkbox"/> 영구임대 <input type="checkbox"/> 기타 (거주 실태 직접 기입)					
	치료비 현황	- 현재까지 발생한 치료비 : 만원 (기간 : 년 월 일 ~ 년 월 일) - 완치까지 치료비 예상액 : 만원 - 총 치료비 : 만원					
구체적 상황 기재							
신청인 일반사항		신청인명			전화번호		
		휴대전화			e-mail		
첨부서류 : 1. 진단서 및 소견서 2. 진료비 영수증(진단 후 또는 장기치료 환우 경우 1년간 영수증) 3. 본당통장계좌번호 <div style="text-align: center;">201 년 월 일</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 신 청 인 : (인 혹은 서명) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 본당주임신부 : (인 혹은 서명) </div>							