

## 2021 하반기 생명지원사업

- 제 목 : ‘2021년 하반기 생명지원사업’(출산, 양육, 희귀·난치성질환 환자 지원사업) 공모
- 지원대상 : 수원교구 내 출산, 양육, 희귀·난치성질환 환자 지원이 필요한 개인, 가정 또는 기관(미혼모 시설)

구 분	대 상
양육 지원	〈경제적 어려움을 겪고 있는 가정 중 다음의 가정에 해당〉 다자녀(세 자녀 이상)·조손·한부모·미혼부모·입양·가장의 실직·다문화·소년소녀가장·장애인 가정에서 막내 자녀가 만 18세 미만(또는 고등학교 3학년 재학)까지 지원 가능
출산 지원	셋째 자녀를 임신한 임산부, 세 자녀 이상의 임산부, 미혼모 임산부
희귀·난치성 질환 환자 지원	희귀·난치성 질환으로 고통받는 환자가 있는 가정

### 3. 접수방법

- 가. 불임의 신청 안내에 따라 해당 신청서와 구비서류를 준비하여 **우편접수**(16346 수원시 장안구 이목로 39 천주교 수원교구 사회복지문화국 생명위원회), **※ 이메일 및 팩스 접수 불가**
- 나. **본당 신청** : 본당 주임사제 서명 날인 필수
- 다. **미혼모 시설 신청** : 시설장 서명 날인 가능
- 라. **미혼모 시설 외 교구 사회복지시설 신청** : 관할 본당 주임사제 서명 날인 필수
- 마. **타종교 또는 비신자 신청** : 관할 본당 구역·반장 등의 추천인 확인과 주임사제 서명 날인 필수

4. 신청마감 : **11월 30일(화), 11월 30일자 우체국 소인까지 유효**

5. 선정발표 : 12월 15일(수) 이후 해당 본당(또는 기관)으로 통지

6. 문 의 : 교구 사회복지문화국 ☎ 031-268-8523, 3907(내선 0401~3)

**붙임** 1. 생명지원사업 신청안내문.

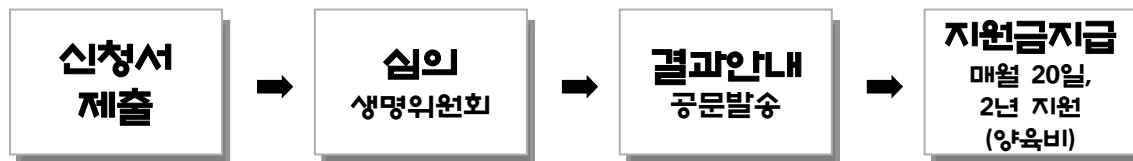
2. 출산 지원금 신청서.

3. 양육 지원금 신청서.

4. 희귀·난치성질환자 지원금 신청서. 끝.

# 생명지원사업 신청안내문

## 1. 지원절차 및 주의사항



가. 출산 지원금, 희귀·난치성질환 환자 지원금은 1회 지급.

나. 본당을 통한 지원신청과 지원금 전달 원칙.

단, 미혼모시설만 시설 직접신청 및 지원금 직접전달이 가능하고, 미혼모시설 외 기관은 시설 관할 본당 주임사제의 확인을 받고 신청이 가능하며 지원금은 시설계좌로 전달

다. 중복지원 불가, 현재 생명지원사업 양육비 지원을 받고 있으면 신청이 불가하나 **2021년 11월부터 만료되는 가정(2019년 12월부터 지원받고 있는 가정)은 재신청 가능**. 또한, 복수 분야의 **중복신청 불가함** (예) 출산 지원금과 양육비를 함께 신청할 수 없음  
 라. 신청자는 본당에서 사회복지분과,빈첸시오 협의회, 구역반원 등의 본당 봉사자를 통한 **사례관리(방문, 전화)가 가능한 신청자를 추천**해주시고, **지속적인 관리**(안부, 가족구성원 및 경제적 상황변경 확인)가 이루어져야 함

## 2. 지원사업 구비서류 안내

### < 공통서류 >

- (1) **분야별 지원신청서** ☞ 아래의 '가~다' 분야별 구비서류 첨부
- (2) **생명지원금이 입금될 본당(또는 시설) 명의 통장사본**

### 가. 출산 지원금 구비서류(선정 시 1회 지급 / 1가정 당 최대 50만원)

- ☞ 신청대상 : 셋째 자녀를 임신한 임산부, 세 자녀 이상의 임산부, 미혼모 임산부
- (1) 주민등록등본 또는 가족관계증명서
  - (2) 산모수첩 사본(출산예정일 기재 부분 복사), 또는 임신·출산 확인서 첨부

### 나. 양육 지원금 구비서류(선정 시 2년 매월 지급/ 1가정 당 매월 10만원)

- (1) **한부모가정** : 배우자의 사별 또는 이혼으로 인해 세대주 부(또는 모)에 의하여 양육되는 만 18세 미만의 자녀가 있는 가정
  - ① 주민등록등본 또는 가족관계증명서
  - ② 한부모가족증명서(주민센터 및 지자체장 발급가능)
 

※ 발급이 어려울 경우 신청서에 미발급 사유 기록 요망
- (2) **실직자가정** : 만 18세 미만 자녀세대 중 가장의 실직
  - ① 주민등록등본 또는 가족관계증명서
  - ② 실직 및 폐업 확인증명이 가능한 서류

- ㄱ. 실직 이전 자영업자 : 휴업사실증명원 또는 폐업사실증명원(세무서 발행)
- ㄴ. 실직 이전 월급생활자 : 퇴직증명원 (전 회사 발행가능, 서류 내 근로기간이 나타나야 함)

※ 서류 구비가 어려울 경우 신청서에 미구비 사유 기록 요망

(3) **다자녀가정** : 현재 세 자녀 이상 가정 중 **막내가 만 18세 미만**의 가정,  
현재 셋째 자녀 임신부도 신청 가능함

- ① 주민등록등본 또는 가족관계증명서
- ② 셋째 자녀 임신부는 산모 수첩의 **출산예정일** 기재되어있는 부분을 포함한 사본

(4) **조손가정** : 부모의 이혼, 가출, 사별 등의 사유로 할아버지, 할머니가 **만 18세 미만의 손자(녀)를** 양육하는 경우

- ① 주민등록등본 또는 가족관계증명서

(5) **소년소녀가장가정** : 부모의 이혼, 가출, 사별 등의 사유로 미성년자만으로 세대가 구성되었거나 조부모 등 보호자가 있어도 노령, 장애로 부양능력이 없는 경우

- ① 주민등록등본 또는 가족관계증명서

(6) **미혼부모가정** : **미혼(사실혼 관계에 있는 사람 제외)**으로 만 18세 미만 자녀 양육자 또는 미혼모사회복지시설 퇴소 시 시설과 연계추천을 받은 가정

- ① 주민등록등본 또는 가족관계증명서
- ② 자녀 출생증명서(①항을 제출할 수 없는 사정이 있을 경우만)

(7) **입양가정** : **만 18세 미만**의 영유아·청소년을 입양한 국내입양가정

단, 해외이주신고로 주민등록이 말소된 자는 지원대상 제외

- ① 주민등록등본 또는 가족관계증명서
- ② 입양관계증명서

#### 다. **희귀·난치성질환자 지원금 구비서류(선정 시 1회 지급/ 개인별 차등지급)**

👁 **신청대상** : 경제적 어려움을 겪고 있는 가정 중 **희귀난치병**을 앓고 있는 아동, 성인

- (1) 진단서 또는 소견서
- (2) 진료비 영수증(장기치료 환자일 경우 최근 1년간 영수증)

3. **신청마감** : 11월 30일(화), 마감 당일(11월 30일자) 우체국 소인까지 유효

※ **제출처**: (우)16346 수원시 장안구 이목로 39 천주교 수원교구청 1층 사회복지문화국 생명위원회

4. **문의** : 교구 사회복지문화국 생명위원회 ☎ 031-268-8523, 3907(내선 0401~3)



## ( )본당/시설 양육 지원금 신청서

※ 주의사항 : 가능한 모든 항목에 빠짐없이 표시(√)와 기록을 해주세요. 빈 항목이 있을 경우 감점됩니다.

신청 당사자 인적 사항	성 명	(세례명 : ) * 가정의 가장 이름 기재		<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여		
	생년월일	년 월 일 (만 ____세)	연락처	(휴대폰)		
	주 소					
	가족형태	<input type="checkbox"/> 한부모가정 <input type="checkbox"/> 다자녀가정 <input type="checkbox"/> 미혼부모가정 <input type="checkbox"/> 소년소녀가장가정 <input type="checkbox"/> 입양가정 <input type="checkbox"/> 조손가정 (할머니·할아버지) <input type="checkbox"/> 실직자가정 <input type="checkbox"/> 기타 ( )				
가족 사항  ( )명  ※ 추가 명단이 있을시 가족관계 증명서 참고 예정	관계	이름(세례명)	생년월일	직 업	동거여부 (O.X)	건강상태 및 특이사항
소득 및 경제 상황	월소득	1. 생계급여 및 정부지원금 원		2.. 정부지원금 이외의 가구월소득 원		
	총 월소득(1+2) 원					
	부채상태	<input type="checkbox"/> 무 / <input type="checkbox"/> 유 ( 원)				
	근로여부	<input type="checkbox"/> 정규직 <input type="checkbox"/> 계약직 <input type="checkbox"/> 일용직 <input type="checkbox"/> 무직				
	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 ( 실제 거주 임대 직접 기입 )				
	*후원금	<input type="checkbox"/> 무 / <input type="checkbox"/> 유 (지원단체명 : / 지원금액 : 원/월)				
구체적 상황 기재	※ 추가 상황기재 사항이 있을 경우 별지에 기록해 주세요.					
추천인 일반사항 (예) 사회복지분과장, 구역장, 반장, 사무장 등	추천인 성명		직책			
	휴대전화		e-mail			
첨부서류 : <공통> ① 주민등록등본 또는 가족관계증명서, ② 본당(또는 시설) 통장계좌번호 (※신청 당사자 또는 추천인의 계좌가 아님) ※ 한부모가정 (한부모가족증명서) ※ 실직가정 (생명지원사업 안내문 '2'항, '나'의 (2)번 참조) ※ 입양가정 (입양관계증명서) ※ 다자녀가정 (출산예정일 기재부분 포함 산모수첩 사본 또는 임신·출산 확인서 → 셋째 자녀를 임신한 경우만) ※ 미혼부모가정 (자녀 출생증명서 → 주민등록등본 또는 가족관계증명서를 제출할 수 없는 경우만 )						
<div style="text-align: right;">2021년 ____ 월 ____ 일</div> <div style="text-align: right;">           신 청 인 : _____ (인 혹은 서명)            (※ 신청 당사자 또는 추천인)            본당주임신부 : _____ (인 혹은 서명)            (※ 또는 미혼모 시설장)         </div>						

\* 후원금은 정부지원금(생계급여)을 제외한 민간단체나 기관, 개인의 후원금을 말합니다.

# ( )본당/시설 회귀·난치성질환자 지원금 신청서

※ 주의사항 : 가능한 모든 항목에 빠짐없이 표시(✓)와 기록을 해주세요. 빈 항목이 있을 경우 감점됩니다.

신청 당사자 인적 사항	환자성명	(세례명 : ) <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여				
	생년월일	년 월 일 (만 세)	연락처	(휴대폰)		
	주 소					
	진단명 (최종진단)	진단일	년 월 일	진료 병원		
	가족형태	<input type="checkbox"/> 한부모가정 <input type="checkbox"/> 다자녀가정 <input type="checkbox"/> 미혼부모가정 <input type="checkbox"/> 소년소녀가장가정 <input type="checkbox"/> 입양가정 <input type="checkbox"/> 조손가정 (할머니·할아버지) <input type="checkbox"/> 실직자가정 <input type="checkbox"/> 기타 ( )				
가족 사항  ( 총 )명  ※ 추가 명단이 있을시 가족관계 증명서 참고 예정	관계	이름(세례명)	생년월일	직업	동거여부 (O.X)	건강상태 및 특이사항
소득 및 경제 상황	월소득	1. 생계급여 및 정부지원금 원		2. 정부지원금 이외의 가구월소득 원		총 월소득(1+2) 원
	부채상태	<input type="checkbox"/> 무 / <input type="checkbox"/> 유 ( 원)				
	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 ( 실제 거주 실태 직접 기입 )				
	*후원금	<input type="checkbox"/> 무 / <input type="checkbox"/> 유 (지원단체명 : / 지원금액 : 원/월)				
	치료비	치료비 현황	1. 1년 내 현재까지 발생한 치료비 : 만원 기 간 : 2020년 11월 ~ 2021년 11월 2. 향후 1년간 치료비 예상액 : 만원 기 간 : 2021년 12월 ~ 2022년 11월 3. 총치료비(1+2) : 만원			
의료보장 수혜여부		<input type="checkbox"/> 국민건강보험 <input type="checkbox"/> 의료급여 1종 <input type="checkbox"/> 의료급여 2종 <input type="checkbox"/> 차상위 본인경감대상 <input type="checkbox"/> 없음				
사보험 가입여부		<input type="checkbox"/> 무 / <input type="checkbox"/> 유				
구체적 상황 기재		※ 추가 상황기재 사항이 있을 경우 별지에 기록해 주세요.				
추천인 일반사항 (예) 사회복지분과장, 구역장, 반장, 사무장 등	추천인 성명		직책			
	휴대전화		e-mail			
첨부서류 : 1. 진단서 또는 소견서 2. 진료비 영수증(장기치료 환자의 경우 최근 1년간 영수증) 3. 본당(또는 시설) 통장계좌번호(※신청 당사자 또는 추천인의 계좌가 아님) <div style="text-align: right;">2021년 월 일</div> <div style="text-align: right;">신청인(※ 신청 당사자 또는 추천인) : (인 혹은 서명)</div> <div style="text-align: right;">본당주임신부 (또는 미혼모 시설장) : (인 혹은 서명)</div>						

\* 후원금은 정부지원금(생계급여)을 제외한 민간단체나 기관, 개인의 후원금을 말합니다.