



교 훈  
즐거움 배우고  
튼튼하게 닦아서  
올바르게 행하자

함께 도전하고 함께 성장하는 협력적 행복 교육

# 기린가정통신

교무실: 241-7442

행정실: 241-7443

## 2024년도 ADHD 치료비 지원 사업 추가 선정 안내

□ 안녕하세요? 전북특별자치도교육청에서는 주의력 결핍 및 과잉행동, 충동성 등 조기 치료를 통해 학생의 학교생활 적응 능력 제고하고자 치료비 지원 사업을 추진하고 있습니다. 관심 있으신 학부모께서는 아래 내용을 확인하시고 추가 선정을 위한 신청 바랍니다.

1. 신청 기간 : 24.9.9.(월)~9.12(목) 16시까지 전주기린초등학교 1층 상담실로 서류 원본 제출

※ 문의사항이 있을시 학교상담실(063-240-8334)로 연락주세요.

2. 지원 기간: 2024.10.1.(예정)~2024.11.30.

3. 지원 대상: 관내 초·중학교 재학생 중 ADHD 진단을 받은 학생

4. 지원 금액: 1인 최대 80만원

5. 지원 방식: ADHD 치료비 지원 「마음봄 카드」발급

6. 지원 기관: ADHD 치료비 지원 마음봄 카드 가맹점(정신건강의학과 병·의원, 약국, 전문상담치유기관), 추후 선정 공문 발송시 가맹점(심리치료기관) 안내

7. 지원 영역: 위기학생 예방을 위한 ADHD 학생의 심리·정서적 치료가 목적이므로 언어, 학습, 발달, 재활 등 심리 정서적 영역이 아닌 치료비 지원 불가

※ 주의 : 신청자 중 선정 기준에 의해 '도교육청' 에서 선정함. 모두 지원 받는 사업이 아님.

지원 가능 영역	지원 불가 영역
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신건강의학과 병·의원에서의 ADHD 진료 외래비, 진단비, 상담 및 치료비, 약물치료비</li> <li>- 약국에서 결제한 약제비</li> <li>- ADHD 진단 및 평가를 위한 심리평가(검사)비</li> <li>- ADHD 심리·정서 치료 목적에 맞는 개인상담, 집단상담, 미술치료, 놀이치료, 모래놀이치료, 심리운동치료, 인지행동치료</li> <li>- ADHD 학생과 보호자를 포함하여 그룹(집단)으로 진행되는 가족상담</li> <li>- ADHD 학생의 상담 및 양육을 위한 부모상담</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 선정(지원 기간) 이전에 받은 치료비, 검사비, 상담비 등 (소급불가)</li> <li>- 각종 증명서 발급 수수료, 진료 및 상담 이전 선납부금</li> <li>- 보호자 및 다른 가족원의 개인상담</li> <li>- 언어 관련 치료 및 상담</li> <li>- 학습 및 진로 관련 상담(학업 증진을 목적으로 하는 집중력 향상 프로그램 등 포함)</li> <li>- 병·원에서 의료 목적으로 실시하는 것이 아닌 뇌파치료 및 유사 치료와 상담</li> <li>- 뇌균형 발달 등 뇌 관련 치료</li> <li>- 재활치료 관련 상담 및 치료</li> <li>- 작업치료 관련 상담 및 치료</li> <li>- 신체, 언어 등 발달 관련 치료 및 상담</li> <li>- 기타 ADHD의 심리·정서·행동 치료적 영역과 밀접한 관련이 없는 치료 및 상담</li> <li>- ADHD의 치료적 효과성과 무관하게 돌봄, 학생 선호 등을 사유로 1주에 다회기 진행되는 것</li> </ul>

**8. 제출 서류 :** ※제출된 서류는 반환하지 않음

- ① [서식1] 2024년 ADHD 치료 및 상담 지원 신청서
- ② [서식2] 치료비 지원 동의, 개인정보 수집·이용 및 제공 동의서
- ③ 최근 3개월 이내의 정신건강의학과 전문의 ADHD 진단 소견서 원본

**9. 선정 안내(예정)일 :** 2024.9.20.(금) 신청학교로 선정여부 안내

※ 상황에 따라 일정 변경 가능성 있음

**10. 선정 기준 :**

- 2024년 심리·정서 치료비 중복 지원을 받지 않는 학생
  - 2024년 특수교육대상(예정)자, 병원형 위센터 및 마음건강증진거점센터 참여(예정)자, 교육(지원)청 심리정서분야 치료비 지원(예정)자, 타기관바우처 등 기타 심리정서분야 치료비 지원(예정)자는 중복 지원에 해당됨
  - 자해 잔여 흔적 치료비 지원(예정) 학생은 중복 지원에 해당되지 않음
  - ADHD 치료비 지원 대상으로 선정된 이후 중복 지원이 발생할 경우 학교 및 도교육청 담당자에게 반드시 알려야 하며, 치료비 지원이 중단됨
  - 중복 지원을 알리지 않고 받다가 적발 시 지원 금액은 환수 조치할 수 있으며 이후 ADHD 치료비 지원 사업을 신청할 수 없음
- 2022년 ~ 2023년 ADHD 치료비 지원 대상자 선정 후 치료를 받지 않았거나 협의 없이 중단한 학생 제외

**11. 문의 :**

- 서류 제출 관련 : 063-240-8334 (기린초 상담실)
- 본 사업에 대한 정확한 설명 관련 : 063-239-3472 (전북특별자치도교육청 민주시민교육과)

2024. 9. 6.

전 주 기 린 초 등 학 교 장

[서식1]

## 2024년 ADHD 치료 및 상담 지원 신청서

### 1. 치료비 지원을 받고자 하는 학생에 대한 정보

이름(성별) : \_\_\_\_\_ (남/여)      생년월일 : \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일      \_\_\_\_\_ 학년 \_\_\_\_\_ 반

학생 주소지(시,군,동): \_\_\_\_\_ (동까지만 기재, 예: 전주시 덕진구 송천동)

### 2. 보호자 관련 정보

이름 : \_\_\_\_\_ 학생과의 관계 : \_\_\_\_\_ 연락처: \_\_\_\_\_

### 3. 다음의 항목에 O / X를 하세요

ADHD 증빙 진단서 제출 여부 (O/X)	22년, 23년 ADHD 치료비 지원 여부	2024년 중복 (예정)지원 여부(O/X)				
		특수교육 대상 여부	병원형 위센터 참여 여부	마음건강증진 거점센터 참여 여부	교육(지원)청 치료비 지원 여부	기타 심리 분야 치료비 지원 여부

### 4. 상담 및 치료비 지원이 필요한 이유 등, 신청사유를 구체적으로 작성해 주세요.(필수)

---

---

**신청서류**      **치료비 지원 동의, 개인정보 수집·이용 및 제공 동의서**

■ **치료비 지원 동의(보호자 동의서)**

본인은 \_\_\_\_\_ 학생의 보호자로서 전북특별자치도 ADHD 치료비 지원 사업에 의한 병원 치료에 성실히 임할 것을 동의합니다.

- 전문기관 치료내용에 대해 성실히 임할 것을 약속하며, 학생 및 보호자 개인정보 제3자 제공 등 개인정보 활용에 동의합니다.
- 전문기관 진료, 약물치료 등

치료비 지원 동의	<input type="checkbox"/> 동의	<input type="checkbox"/> 비동의
-----------	-----------------------------	------------------------------

■ **개인정보 수집 및 이용 및 제3자 제공에 관한 동의**

개인정보 수집·이용 동의

항 목	수집목적	보유기간
- 학생: 학교명, 성명, 학년, 반, 성별, 생년월일, 주소, 연락처 - 보호자: 성명, 관계, 연락처	학생 ADHD 치료비 지원 사업	5년

※ 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 치료비 지원에 제한을 받을 수 있습니다.

개인정보 수집·이용 동의	<input type="checkbox"/> 동의	<input type="checkbox"/> 비동의
---------------	-----------------------------	------------------------------

개인정보 제3자 제공 동의

제공받는 자	제공목적	제공하는 항목	보유기간
전북특별자치도 치료기관	학생 ADHD 치료비 지원 사업	개인정보 및 민감정보 수집·이용 동의 항목	5년  해당 의료기관 규정

※ 개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 치료비 지원에 제한을 받을 수 있습니다.

개인정보 제3자 제공 동의	<input type="checkbox"/> 동의	<input type="checkbox"/> 비동의
----------------	-----------------------------	------------------------------

민감정보 수집·이용 동의

항 목	수집목적	보유기간
정서행동특성검사결과, ADHD 진단 여부, 중복지원 여부	학생 ADHD 치료비 지원 사업	5년

※ 민감정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 치료비 지원에 제한을 받을 수 있습니다.

민감정보 수집·이용 동의	<input type="checkbox"/> 동의	<input type="checkbox"/> 비동의
---------------	-----------------------------	------------------------------

※ 대상자가 만14세 미만 학생인 경우 보호자(법정대리인)의 동의가 필요합니다.

2024. . .

학생 : \_\_\_\_\_ (서명)  
 보호자 : \_\_\_\_\_ (서명)  
 학생과의 관계 : \_\_\_\_\_