

한국실명예방재단

우05685 서울 송파구 송파대로 43길 4 (석촌동, 삼성타운 3F) / TEL 070-7542-4726 / FAX 070-7966-6326

사무총장 김 춘 기 의료비지원사업본부장 박영자 E-mail: kfpb1004@hanmail.net

문서번호 한실의료 24-048

시행일자 2024. 4. 16.

수 신 각 시.도 교육감(교육청)

참 조

제 목 취약계층 24세 이하 눈 의료비 신청 관련 협조 요청

1. 귀 원의 무궁한 발전을 기원합니다.
2. 우리 재단은 취약계층의 눈 질환 수술에 대한 눈 의료비를 지원하여 “다 함께 밝게 보는 세상” 만들기를 추구하는 재단법인입니다. 이에 경제적 어려움이 있는 아동·청소년에게 눈 수술비를 지원함으로써, 대상자들의 경제적 부담을 경감시키고 일상생활이 가능한 시력으로 향상시켜 만족감을 향상시키며 특히 아동·청소년의 자존감을 회복시켜 삶의 질을 제고하고 있습니다.
3. 이에 우리금융미래재단에서 후원하는 취약계층 24세 이하 눈 의료비 지원에 대하여 다음과 같이 안내드리니, 동 내용을 각 학교에 알려주시어 가정형편이 어려운 대상자들을 적극 발굴하여 눈 수술을 원활히 받을 수 있도록 협조하여 주시기 바랍니다.

- 다 음 -

가. 지원 대상자(취약계층 24세 이하)

- 「국민기초생활보장법」에 따른 수급자 또는 차상위계층
- 「한부모가족지원법」에 따른 지원대상자

나. 지원 내용 및 범위

- 대상 질환: 사시, 안검내반증(눈썹 찢림증), 백내장 등 안과적 질환 수술
- 지원범위
 - 수술 전 검사비 1회 및 눈 수술에 대한 본인부담금 전액 지원
 - * 만10세 이상 사시수술은 건강보험적용이 안되는 비급여수술로, 수술비 본인부담금이 약 400~500만원 정도임

다. 제출서류

- 눈 수술비 지원신청서(재단 양식) : 신청일 기준 1개월 이내 발급
- 개인정보수집 및 이용제공동의서(재단 양식)
- 수급자 증명서
- 수술할 병원의 진단서(소견서) : 신청일 기준 1개월 이내 발급
- 프로필양식(재단 양식)
- 주민등록등본
- 자유로운 형식의 그림 및 편지
- 수술 전·후 사진 (후원사에서 수술 후 응원메시지와 케익 배송목적임)

라. 제출처: 한국실명예방재단

마. 지원 기한

- 2024.12.31.까지 (다만, 재원 소진 시에는 조기 마감예정).

재단법인 한국실명예방재단 이사장

