



제 목

2024년 학생 ADHD 치료비 지원사업 신청 안내

안녕하십니까? 학부모님의 가정에 평안과 즐거움이 가득하기를 기원합니다.

전라북도 교육청에서는 ADHD로 인한 학생 마음치유로 건강한 학교생활을 돕기위하여 지원 기준에 맞는 학생에게 1년간 치료비를 지원하고 있습니다. **치료비 지원 신청을 원하시는 경우 아래 안내 사항을 참고하여 2024.3.22.(금)까지 아래 문의처로 연락주시기 바랍니다.**

◆ 지원 기간: 2024. 4. ~ 2024. 11. 30. (지원자 선정 후 지원기간에 대한 안내 있을 예정)

◆ 지원 대상: 관내 초·중학교 재학생 중 ADHD 진단을 받거나 의심되는 학생

※ 선정 후 2개월동안 병·의원 및 기관에서 ADHD 치료를 받지 않을 경우 다른 학생 지원을 위해 치료비 지원 중단

※ 2022년 ~ 2023년 ADHD 치료비 지원 대상자 선정 후 치료를 받지 않았거나 협의 없이 중단한 학생 제외

◆ 지원 기관: 정신건강의학과 병·의원, (사업자등록번호가 있는) 전문심리상담치유기관

◆ 지원영역

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

◆ 제출서류 (~3/26까지 학교로 서류 제출 마감, 학교에서 취합 후 도교육청 제출)

① (필수) 보호자 동의서 및 개인정보 제3자 제공 동의서(스캔본)

② (해당자) 최근 3개월 이내의 정신건강의학과 전문의 ADHD 진단 소견서(스캔본)

③ (해당자) 가정 및 경제상황 증빙서류(스캔본)(제출자 우선지원)

◆ 신청방법

- 신청의사가 있으신 학부모님께서 문의처로 연락주시기 바랍니다.

- **문의처** : 담임교사 또는 상담교사 이규원(☎063-905-2160, gyu-1@daum.net)

보호자 동의서

본인은 _____ 학생의 보호자로서
전북특별자치도교육청 ADHD 치료비 지원 사업에
의한 치료에 성실히 임할 것을 동의합니다.

20 년 월 일

보호자: _____ (서명)

학생과의 관계: _____

개인정보 제3자 제공 동의서(안)

I. 제공받는 기관

- 전북특별자치도교육청, 치료 기관

II. 제공하는 개인정보의 항목

- 지역, 학교정보(학교명, 학교급, 학교담당자, 담당자연락처), 학생정보(학생명, 학년/반, 성별, 생년월일, 학생 연락처, 학부모 연락처), 치료기관명

III. 개인정보 제공 목적

- 학교는 다음과 같은 이유로 개인정보를 요청(제공)합니다.
 - 학생 병원 치료비 지원

IV. 개인정보 보유기간

- 수집된 개인정보의 보유기간은 치료비 신청 연도로부터 5년간입니다.

※ 귀하는 이에 대한 동의를 거부할 수 있으며, 단, 동의가 없을 경우 이와 관련된 업무 진행이 불가능할 수 있음을 알려드립니다.

개인정보의 제3자 제공에 동의하십니까?

☐ 동의함

☐ 동의하지 않음

※ 개인정보는 정보주체의 동의없이 동의한 내용 외 다른 목적으로 활용하거나 제3자에게 제공되지 않습니다.

성 명 :

(인)

20 년 월 일

※ 만 14세 미만 아동인 경우 반드시 법적대리인의 동의가 필요합니다.

보호자(법정대리인)성명 :

(인)

연 락 처 :

관 계 :