



2024년 ADHD 치료비 지원 사업 안내

안녕하십니까? 전북특별자치도교육청에서 '주의력 결핍 및 과잉행동, 충동성 등' 조기 치료를 통한 학생의 학교생활 적응 능력을 높이기 위하여 치료비 지원 사업을 추진하고 있어 안내드립니다. 관심 있으신 학부모님께서 아래 내용을 확인하시고 기간 내에 신청하여 주시기 바랍니다.

※ 주의: 신청자 중 선정 기준에 의해 도교육청에서 선정하는 사업으로, 신청자 전원 지원 대상은 아닙니다.

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

※ 선정 후 2개월 동안 병·의원 및 기관에서 ADHD 치료를 받지 않을 경우, 다른 학생 지원을 위하여 치료비 지원이 중단됩니다.

2. 지원 금액: 1인 최대 300만원(기관당 최대 지원 금액 200만원)

구분	유형	내용	최대지원금액	비고
병의원 이용시	A	병의원 외래치료	50만원	병의원 이용시 세가지 유형 중 1개 선택
	B	병의원 외래치료 + 심리검사	100만원	
	C	병의원 외래치료 (+ 심리검사) + 인지행동치료	200만원	
상담기관 이용시		상담치유기관 이용	200만원	
※ 병의원 C유형과 상담기관 함께 이용 시 1인 최대 300만원을 초과하여 신청 불가 [예시] · 병의원 200만원, 상담기관 200만원 → 불가능 · 병의원 200만원, 상담기관 100만원 → 가능 · 병의원 150만원, 상담기관 150만원 → 가능				

※ 치료비는 개인 지급이 아닌 이용하시는 기관(병·의원, 전문상담센터)으로 금액이 지원됩니다.

3. 지원 기관:

- 정신건강의학과 병·의원
- (사업자등록번호가 있는) 전문심리상담치유기관

4. 지원 영역:

- 위기학생 예방을 위한 ADHD 학생의 심리·정신적 치료가 목적이므로 언어, 학습, 발달, 재활 등 심리 정서적 영역이 아닌 치료비 지원 불가
- 지원 가능 영역에 해당하더라도 서류 미흡 시 지원 불가
- 정신건강의학과 전문의 ADHD 진단 소견서 제출 이전에는 ADHD 진단을 위한 병·의원 진료 외래비, 심리평가 및 검사비만 지원 가능(심리상담 치료비는 진단 소견서 제출 이후 지원 가능)

- 세부 지원 영역

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 이전 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 뇌파치료 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

5. 제출 서류: ①~③은 **공통제출**, ④~⑨은 **해당자만 제출** ※제출된 서류는 반환하지 않음

- ① [서식1] 2024년 ADHD 치료 및 상담 지원 신청서
- ② [서식2] 보호자 동의서
- ③ [서식3] 개인정보 제3자 제공 동의서
- ④ 최근 3개월 이내의 정신건강의학과 전문의 ADHD 진단 소견서 원본
※ 치료비 지원 대상으로 선정될 경우 ADHD 진단 소견서 미제출 학생은 **5월 말까지 필히 제출 (미제출 시 지원 종료)**
- ⑤ 중위소득 120%이하: 주민등록등본, 건강보험납부증명서
(등본에 기재된 모든 가족 구성원의 2023년 3월~2024년 2월 납부내역)
- ⑥ 한부모가정: 한부모가정 증명서
- ⑦ 다문화 가정: 출입국 사실증명 또는 외국인등록 사실증명 등
- ⑧ 조손가정: 가족관계증명서
- ⑨ 탈북학생: 북한 이탈주민 등록 확인서

6. 신청 기간:

- 2024.3.12.(화)~3.22.(금) 16:00까지 **이서초등학교 상담실(☎070-7004-9736)**로 원본 제출

7. 선정 안내(예정)일: 2024.4.15.(월) 신청학교로 선정 여부 안내(예정)

※ 상황에 따라 일정 변경 가능

8. 선정 기준:

- 2024년 심리·정서 치료비 **중복 지원을 받지 않는 학생**
 - 특수교육대상, 병원형 위센터 및 마음건강증진거점센터 참여, 교육(지원)청 치료비 지원, 바우처 등 기타 심리분야 치료비 지원을 2024년에 받거나 받을 예정인 학생은 중복 지원에 해당됨.
 - 자해 잔여 흔적 치료비 지원(예정) 학생은 중복 지원에 해당되지 않음
 - ADHD 치료비 지원 대상자로 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**
- 가정 및 경제적 상황 증빙 서류 제출자 우선 지원
- 정서행동특성검사 결과(가장 최근 결과 기입, 정보 없을 경우 공란)
- 2023년 ADHD 치료비 지원 대상자 선정 유무
- ADHD 진단 여부
 - 동일 순위일 경우, **ADHD 진단받은 학생 우선 선정**
 - ADHD가 의심되어 상담 및 치료가 필요한 학생도 신청가능하나 ADHD 진단이 내려지지 않을 경우, 치료비 지원이 중단됨
- 기준이 동일 순위일 경우, 1교당 1명 우선 지원

9. 문의:

- 서류 제출 관련 : ☎070-7004-9736 (이서초등학교 상담실)
- 본 사업에 대한 정확한 설명 관련: ☎063-239-3472 (전북특별자치도교육청 민주시민교육과)

2024. 3. 11.

이 서 초 등 학 교 장

[서식1]

2024년 ADHD 치료 및 상담 지원 신청서

1. 치료비 지원을 받고자 하는 학생에 대한 정보를 작성해 주세요.

이름(성별) : _____ (남/여) 생년월일 : _____ 년 월 일 학년 반 번

2. 보호자 연락처를 기록해 주세요. : _____ (부 / 모)

3. 학생이 정신건강의학과 전문의로부터 ADHD 진단을 받았습니까? : O / X

4. 2023년에 실시한 ADHD 치료비 지원 사업과 관련하여 아래 해당하는 것에 O 표시 해주세요.

- ① 미신청(신청하지 않았어요) ② 미선정(신청했지만 선정되지 않았어요)
③ 선정 후 취소 ④ 선정 후 미치료 ⑤ 선정 후 치료

5. 가정 및 경제적 상황과 관련하여 아래 해당하는 것에 O표 해주세요.

- ① 중위소득 120% ② 법적 한부모 가정 ③ 다문화 가정
④ 조손 가정 ⑤ 탈북학생 ⑥ 해당없음

6. 2024년에 지원받거나 이용 예정인 사업에 O표 해주세요.

- ① 특수교육 대상 ② 병원형 위(Wee)센터 참여 ③ 마음건강증진거점센터 참여
④ 교육지원청 치료비 지원 ⑤ 기타 심리분야 치료비 지원

7. 선정 이후 이용하고자하는 기관에 대한 정보를 아래 작성방법을 참고하여 기록해 주세요.

	기관명	담당자	담당자 연락처	신청금액	유형
가. 정신건강의학과 병·의원				원	A/B/C중 선택
나. 전문상담심리 치료기관				원	해당 없음

작성 방법

- 정신건강의학과 병의원과 전문상담심리치료기관(사업자등록번호가 있는 기관만 가능) 각 1기관씩만 지원 가능
- 병의원과 상담심리치유기관을 모두 신청할 시, 신청금액은 지원한도금액인 3,000,000원 이내에서 '10만원 단위'로 분할하여 작성 *** 기재 단위는 "원" 단위임**
- 선정 이후 치료기관 및 신청 금액 변동은 타당한 사유가 있을 경우 1회만 가능하므로 신중하게 신청 바랍니다.

가. 정신건강의학과 병의원 (미 이용시 공란)

- A유형: 병원에서 외래 진료만 하는 경우로 신청금액은 50만원 이내로 기재
- B유형: 병원에서 외래 진료와 ADHD 진단 및 평가를 위한 심리평가를 실시하는 경우로 신청금은 100만원 이내로 기재
- C유형: 병원에서 외래 진료와 인지행동치료를 받는 경우로 신청금액은 200만원 이내로 기재
(단, 상담기관과 함께 신청할 경우 최대 300만원이 넘지 않도록 신청)

나. 전문상담심리치유기관 (미 이용시 공란)

- 상담기관을 이용시 신청금액 200만원 이내로 기재 (단, 병의원과 함께 신청할 경우 최대 300만원이 넘지 않도록 신청)

8. 상담 및 치료비 지원이 필요한 이유 등, **신청사유**를 구체적으로 작성해 주세요.(필수)

신청서류 1

보호자 동의서 (ADHD 치료비 지원)

보호자 동의서

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

2024년 월 일

보호자: _____ (서명)

학생과의 관계: _____

신청서류 2

개인정보 제3자 제공 동의서

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)

2024년 월 일

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

보호자(법정대리인)성명 :

(인)

연 락 처 :

관 계 :