



수 신 수신자 참조  
(경유)

제 목 사랑의달팽이 ‘인공달팽이관 수술비 지원사업’ 홍보요청

1. 귀 단체의 무궁한 발전을 기원합니다.
2. 본 단체는 청각장애인 및 난청인을 위한 인공달팽이관 수술비지원, 보청기지원, 사회적응지원, 장학지원을 비롯하여 사회인식개선을 위한 클라리넷앙상블 연주단 운영 및 문화행사를 진행하는 비영리 민간단체입니다.
3. 본 단체에서는 2021년도 인공달팽이관 수술비지원 대상자를 모집하고자 합니다. 이에 동봉한 포스터 확인하시어 대상자들이 관심을 갖고 신청 할 수 있도록 적극 홍보해 주시면 감사하겠습니다.

- 아 래 -

가. 모집기간 : 수시모집

나. 지원내용

아동		성인
우선자격	기초생활수급자, 차상위계층	
지원자격	- 중위소득 100% 이내	- 만60세 이상 피부양자 ▶ 중위소득 120%이내 - 건강보험가입자 본인 ▶ 중위소득 100%이내
지원항목	- 수술 전 검사비 - 수술비 전액(기기 건강보험적용시) - 언어재활치료비(최소 1년이상)	- 300만원 한도 *대상자에 따라 일부 전액 지원 가능

※ 건강보험 급여미대상자의 경우 아동은 수술비만 1,000만원 한도지원

다. 신청접수 : 사랑의달팽이 홈페이지 → 신청하기 → 인공달팽이관 수술신청

라. 문의사항 : 아동 사업 담당자 ☎ 070-4322-4141, 070-4322-4139

성인 사업 담당자 ☎ 070-4322-4142

- 붙임 : 1. 공문 1장.  
2. 사업안내문 1장.  
3. 2021년 소리드림포스터 A2 1장.  
4. 2021년 소리드림포스터 A4 2장. 끝.

사단법인 사랑의달팽이  
회 장 김 민



수신자 : 전국 보건소, 시청 외 4,809곳

시행 21-05-022호 (2021. 02. 23) 접수  
우 04598 서울특별시 중구 동호로 15길 27 종하빌딩A동 1층  
전화 02 541 9555 전송 02 541 9220

http://www.soree119.com  
이메일 hrkim@soree119.com

■ 사랑의달팽이 소개

사랑의달팽이는 아동, 성인 청각장애인을 위한 인공달팽이관 수술비 지원, 보청기지원, 사회적응지원, 장학지원을 비롯하여 사회인식개선을 위한 클라리넷앙상블 연주단 운영 및 문화행사를 진행하는 청각장애 전문 비영리 사회복지단체입니다.

■ ‘소리드림’ 인공달팽이관 수술비 지원사업

사랑의달팽이 ‘소리드림’ 사업은 보청기로도 소리를 듣지 못하는 고심도 난청인들의 인공달팽이관 수술비를 지원하여 경제적 부담, 사회적 고립, 자존감 하락, 각종 위험 노출 예방에 힘쓰고자 합니다.

■ 인공달팽이관 수술이란?



<인공달팽이관 외부장치 착용사진>

보청기로도 소리를 듣지 못하는 고심도 난청인이 받는 수술로 내부 임플란트(달팽이관 삽입)와 외부 장치를 통해 외부의 소리를 전기적 신호로 변환하여 청신경을 자극해 소리를 듣게 되는 수술입니다.

■ 수술비 지원내용 및 지원범위

\*지원자격에 해당되는 대상자 심의 진행 후 수술비 지원이 결정됩니다.

\*신청 관련된 주요사항은 포스터를 참고바랍니다.

\*지원 내용

아동 : 수술비 전액 + 1년 이상 언어치료비

※건강보험 급여미대상자의 경우 아동은 수술비 1,000만원 한도지원

성인 : 수술비 300만원 한도(지원금 300만원 초과금 본인부담.)

※대상자에 따라 일부전액 지원가능

\*전국 인공달팽이관 수술 가능 병원 자율적 선택 가능.

★인공달팽이관 수술비 지원 신청 전 이비인후과에 방문하여 인공달팽이관 수술이 필요한지 필히  
검진 받아 보시기 바랍니다.

# 소리 드림

사단법인 사랑의달팽이에서는  
경제적 어려움을 겪는 청각장애인 및 난청인에게  
인공달팽이관 수술비 및 언어재활치료비를 지원하여  
소리를 듣고 더 다채로운 꿈을 꿀 수 있도록 희망을 선물합니다.

## 지원내용

	아동	성인
우선자격	기초생활수급자, 차상위계층	
지원자격	- 중위소득 100% 이내	- 만60세 이상 피부양자 ▶ 중위소득 120% 이내 - 건강보험가입자 본인 ▶ 중위소득 100% 이내
지원항목	- 수술 전 검사비 - 수술비 전액 (기기 건강보험적용시) - 언어재활치료비 (최소 1년이상)	- 300만원 한도 * 대상자에 따라 일부 전액 지원 가능

※ 건강보험 급여미대상자의 경우 아동은 수술비 1,000만원 한도지원

## 지원기준 (노인장기요양보험료 제외금액)

(원단위)

건강보험료납입 기준중위소득 100%				건강보험료납입 기준중위소득 120%			
가구원수	직장가입자	지역가입자	혼합	가구원수	직장가입자	지역가입자	혼합
3인	137,051	129,575	138,050	3인	165,968	168,444	168,195
4인	168,195	171,434	170,536	4인	203,558	216,474	206,575
5인	200,355	212,560	203,558	5인	237,681	259,446	242,008

※ 본 지원사업은 인공달팽이관 수술병원 제한이 없습니다.

※ 사업잔여 예산에 따라 중위소득 기준 초과자에 한해 일부지원 가능(유선문의)

※ 기타 가구원 기준중위소득은 유선문의로 확인 가능

## 신청방법 ※ 상시 접수

- 홈페이지(PC, 모바일)에서 신청서 작성  
홈페이지 [www.soree119.com](http://www.soree119.com) 접속 ▶  
우측 상단 신청하기 ▶ [인공달팽이관 수술신청]
- 인공달팽이관 수술신청 QR코드 ▶



## 진행절차

1차 신청서 상담	2차 서류심사	심사결과 통보
신청서 접수자 1차상담 및 추가 서류 제출안내	인공달팽이관 수술비 지원 심사	심사결과 안내

## 2차 심사 구비서류 (1차 상담 완료자에 한해 별도 안내)

일반저소득대상	주민등록등본, 건강보험자격확인(통보)서, 건강보험납부확인서(최근 1년치)
기초생활수급자, 차상위대상	주민등록등본, 기초생활수급자증명서 or 차상위계층 증명서

## 문의

아동 070-4322-4141      성인 070-4322-4142  
070-4322-4139