

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 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 070-4322-4139	성인	070-4322-4142
----	--------------------------------	----	---------------

