

소리동행

사단법인 사랑의달팽이에서는
경제적 어려움을 겪는 청각장애인 및 난청인에게
인공달팽이관 수술 및 언어재활치료, 외부장치 교체를
지원하여 더 다양한 세상을 들을 수 있도록 희망을 선물합니다.



지원내용

① 인공달팽이관 수술

지원 자격	아동 *만 18세 이하	성인
	기초생활수급자, 차상위계층	
지원 항목	건강보험료 기준중위소득 100% 이내	건강보험가입자 본인 ▶ 중위소득 100%이내 만 60세 이상 피부양자 ▶ 중위소득 120%이내
	건강보험 적용 수술비 전액 + 언어재활치료비 지원	수술비 300만원 한도 지원
지원 항목	건강보험 미적용	수술비 1천만원 한도 지원
	건강보험 미적용	수술비 300만원 한도 지원

※ 후원처 및 기관 사정으로 인해 지원금은 조정될 수 있습니다.
※ 기준중위소득 초과자의 경우 사업잔여 예산에 따라 일부지원 가능(유선문의)

② 외부장치 교체

지원 자격	아동
	기초생활수급자, 차상위계층, 건강보험료 기준중위소득 100% 이내 외부장치 분실, 수리불가, 노후 (만 6년 이상)
지원 항목	외부장치 1인 1개 교체비 지원 기초생활수급자, 차상위계층 - 800만원 한도 기준 중위소득 100% 이내 - 600만원 한도

※ 후원금 상황에 따라 지원 시기가 달라질 수 있습니다.

지원기준 (노인장기요양보험료제외금액)

단위 : 원(W)

건강보험료납입 기준중위소득 100%				건강보험료납입 기준중위소득 120%			
가구원수	직장가입자	지역가입자	혼합	가구원수	직장가입자	지역가입자	혼합
2인	130,901	74,359	132,127	2인	157,035	109,680	158,960
3인	167,876	123,611	169,859	3인	202,377	152,948	205,281
4인	205,281	156,318	208,153	4인	247,170	205,217	251,147

※ 기타 가구원 기준중위소득은 유선 문의로 확인 가능

신청방법 (상시접수)

홈페이지 신청	www.soree119.com접속 ▶ 오른쪽 상단 신청하기 ▶ [인공달팽이관 수술신청]	
	www.soree119.com접속 ▶ 오른쪽 상단 신청하기 ▶ [외부장치 교체신청]	
오프라인 신청	하단의 신청문의 번호로 연락하여 수기신청서 발송요청 (팩스, 우편, 이메일)	

※ 최소 수술일 10일 전까지 신청바랍니다.

진행절차

1차	신청서 상담 (신청서 접수자 1차 상담 및 추가 서류 제출안내)
2차	서류심사 (소득기준 심사)
심사결과 안내 (개별연락)	

제출서류 (1차상담 완료자에 한해 별도 안내)

기초생활수급자, 차상위계층	주민등록등본, 기초생활수급자증명서 or 차상위계층 증명서
건강보험료 기준중위소득 해당자	주민등록등본, 건강보험자격확인(통보)서, 건강보험료납부확인서(최근 1년치)

※ 외부장치 교체 신청 시, 교체 사유에 따라 별도의 추가 서류를 요청드릴 수 있습니다.

신청문의

① 인공달팽이관 수술

아동	070-4322-3107 / 070-4322-4139
성인	070-4322-4142 / 070-4322-4139

② 외부장치 교체

아동	070-4322-4140
----	---------------