

베스티안재단

수 신 : 수신처 참조
 경 유 : 의료비 지원 담당자
 제 목 : 2021년 화상환자 의료비 지원사업 '힐링브릿지' 안내

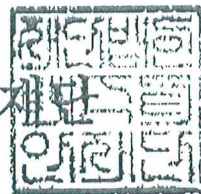
1. 귀 관의 무궁한 발전을 기원합니다.
2. 본 재단은 화상 및 중증질환으로부터 고통 받고 있는 환자를 대상으로 의료비 지원을 포함한 다양한 복지사업을 진행하고 있으며, 화상으로부터 안전한 세상을 만들기 위해 다채로운 활동과 화상이후 환자들에 대한 활동을 펼치고 있습니다.
3. 본 재단에서 진행 중인 저소득 가정 화상환자 의료비 지원사업 '힐링브릿지' 사업에 대해 안내드리오니 귀 관의 많은 관심과 홍보 부탁드립니다.

4. 내 용

	2021년 1월 ~ 2021년 12월 (배정된 예산이 소진 시 조기마감)	
	화상환자 지원 (진급/제진 수술비, 입원/외래 치료비, 생계비)	
	지원대상	아동 및 청소년, 성인
	소득기준	기초생활수급자, 차상위계층, 중위소득 80%이내
	지원한도	최대 2,000만원
	재산기준	대도시: 18,800만원 / 중소도시: 11,800만원 / 농어촌 10,100만원 * 포함내용: 주택, 임대보증금, 토지, 자동차, 은행예금, 부채 포함
	베스티안재단 사회복지사업본부	서울지부 : 070-760-1990, 1966
		부산지부 : 070-7603-1779
		충북 오송지부 : 043-904-8221

- 붙임 1. 2021년 베스티안재단 화상(火傷) 치료비 지원사업 안내 포스터 1부
 2. 2021년 베스티안재단 화상(火傷) 치료비 지원사업 신청서 양식 1부. 끝.

재단법인 베스티안재단



수신처 서울특별시청 의 277곳, 경기도 무한돌봄센터 의 48곳, 강남고려병원 의 210곳

담당 권영란 본부장 김혜옥 사회복지사업본부 대표 설수진
 협 조

문서번호 2021-공문-0030

작성일자 2021년 01월 18일

주 소 충북 청주시 흥덕구 오송읍 오송생명1로 191 homepage <http://www.ibestian.org>

전 화 043-904-8221 FAX 043-904-8977 E-mail bestianbsf@naver.com

베스티안재단 화상(火傷) 치료비 지원사업 안내

베스티안재단은 전국 5개 화상(집문)병원과 함께하고 있는 공익재단입니다.

사업기간

매년 1월 ~ 12월 (예산 소진 시 조기 마감/ 신청 전 문의 필수)

지원내용

화상 환자 지원 (긴급/재건 수술비·입원/외래 치료비·생계비)

세부사항

베스티안병원 및 전국 타병원 신청 가능

지원대상	아동 및 청소년	성인
지원 내용	화상(火傷) 환자 지원 (긴급/재건 수술비, 입원/외래 치료비, 생계비)	
지원한도	최대 2,000만원	
소득기준	기초생활수급자, 차상위계층, 중위소득 80% 이내 *건강보험료 최근 3개월치 납부 내역으로 확인	
재산기준	대도시: 18,800만원 / 중소도시: 11,800만원 / 농어촌 10,100만원 *포함내용: 주택, 임대보증금, 토지, 자동차, 현금 및 은행예금, 부채 포함	
제출서류	(필수) ①지원신청서 및 개인정보 동의서 ②진단서, 중간영수증(항후추정비소견서), 환부 사진 ③주민등록등본, 수급자증명서(또는 건강보험자격확인증/납입확인서) (필요 시) ①거주지 관련 서류(임대차계약서 또는 등기부등본) ②과세증명서 ③기타	

문의전화

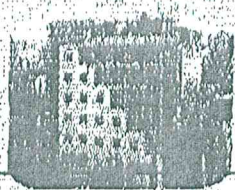
070-7603-1990_재단본부(서울병원) 사회복지팀
070-7603-1779_부산병원 사회복지팀
043-904-8221_오송병원 사회복지팀

서류제출

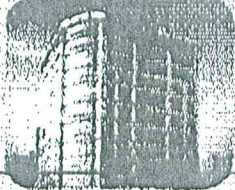
메일 bestianbsf@naver.com
팩스 02-568-2952

재단 본사무소

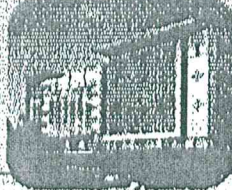
업력병원



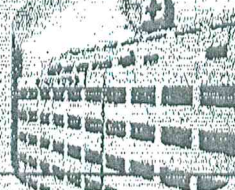
베스티안 서울병원



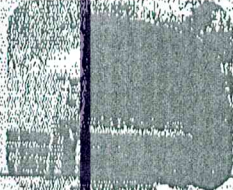
베스티안 부산병원



베스티안 오송병원



베스티안 천안병원



베스티안 우송병원

화상환자 의료비 지원 신청서

화상환자 의료비 지원 신청서						
기관명 (병원명)						
담당자	성명		부서명			
	연락처		E-mail			
성명			생년월일			
주소			연락처 (본인 및 보호자)	Tel. 자택 : Cell. 휴대폰 :		
나이 / 성별	만 세 / <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여		장애여부	<input type="checkbox"/> 장애(장애종류: 등급:) <input type="checkbox"/> 비장애		
신청내용	<input type="checkbox"/> 긴급의료비 <input type="checkbox"/> 재건성형의료비 <input type="checkbox"/> 기타()		가정형태 (중복선택 가능)	<input type="checkbox"/> 한부모가정(편부, 편모) <input type="checkbox"/> 조손가정 <input type="checkbox"/> 소년·소녀가장가정 <input type="checkbox"/> 장애인가정 <input type="checkbox"/> 다문화가정 <input type="checkbox"/> 대안가정(입양, 그룹홈) <input type="checkbox"/> 기타		
관계	성명	생년월일	직업	동거여부	학력	비고 (질병/건강상태 등)
의료보장	<input type="checkbox"/> 의료급여 1종(기초수급) <input type="checkbox"/> 의료급여 2종(기초수급 또는 조건부수급) <input type="checkbox"/> 건강보험(차상위특례) <input type="checkbox"/> 건강보험(<input type="checkbox"/> 직장 <input type="checkbox"/> 지역 월 보험료 원) <input type="checkbox"/> 일반(비건강보험)					
월소득	()인 가족 / 중위소득 ()%					
	<input type="checkbox"/> 근로소득(만원) <input type="checkbox"/> 정부보조금(만원) <input type="checkbox"/> 기타() <input type="checkbox"/> 사업소득 업종: 소득액: 천원					
월평균 지출	평균 지출액 (만원)					
	지출 항목 ()					
주거상황	<input type="checkbox"/> 자가(현시가 만원)			<input type="checkbox"/> 전세(만원)		
	<input type="checkbox"/> 월세(보증금 만원)			<input type="checkbox"/> 임대아파트(보증금 만원)		
	<input type="checkbox"/> 위탁거주/무료임대()			<input type="checkbox"/> 기타()		
재산상태	<input type="checkbox"/> 동산: 만원			<input type="checkbox"/> 부동산: 만원		
	<input type="checkbox"/> 금융재산: 만원					
	<input type="checkbox"/> 자동차보유無, 생계형차량, 장애인용차량(재산산정에 불포함)					
	<input type="checkbox"/> 자동차보유有(차종: / 연식:)					

부 채	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 (만원, 사유:)			사 보 험	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 (보장내용:)	
타기관 지원여부	기관명		지원일		지원액	
	기관명		지원일		지원액	
발병시기	년 월 일		진 단 명			
사고경위						
현재상태 (구체적)	호전부작전 필요					
향후 치료계획	후치료계획 및 기간, 예상 의료비 상세설명					
과거 치료경력						
(필요시 별지사용 가능)						

- 상기 신청사항은 사실과 틀림없으며, 사실과 다를 경우 지원취소 될 수 있음에 동의합니다.
- 사보험(민간보험)으로 본 재단에서 지원하는 치료비에 대한 해당 금액을 중복 수령하려는 신청자임이 발견되면 지원이 취소되고 지원이 이미 이루어진 경우 전액 반환할 것에 동의합니다.
- 추후에도 사보험(민간보험)으로 치료비일체를 제외한 추가 보험금(입원중 생계비 등)을 수령하기 위해 각종서류(영수증, 진료비 세부내역, 진단서 등)를 본 재단으로부터 제공받을 수 없음을 충분히 안내받았으며 이에 동의합니다.

20 년 월 일

신청 담당자:

(인)

개인정보 수집·활용 및 제3자 제공 및 사업 세부사항 동의서

베스티안재단(이하 “재단”이라 함)은 개인정보보호법 제15조에 의거하여 개인정보의 수집 및 이용에 관한 정보주체의 동의절차를 준수하며, 정보주체의 동의 후 수집된 정보는 재단의 개인정보 수집 및 이용목적 외의 용도로는 절대 이용, 제공되지 않습니다. 다만, 개인정보 중 주민등록번호에 대해서는 개인정보보호법 제24조의2에 따라 정보주체의 동의 여부를 불문하고 결코 수집·이용, 제공되지 않을 것입니다. 재단 지원사업의 신청인(만 14세미만 아동의 경우는 법정대리인)은 정보주체로서 개인정보의 삭제·처리 정지 요구와 개인정보의 수집·이용 및 제공에 대한 동의 거부를 할 수 있고, 이 경우에는 재단의 지원 서비스 제공이 어려울 수 있음을 알려드립니다.

1. 본인은 재단이 「개인정보 보호법」 제15조제1항 및 제24조제1항제1호에 의거, 다음과 같이 본인의 개인정보 및 고유식별정보(이하 “개인정보”라 함)를 수집·이용하는 것에 대하여 ☐ 동의합니다. ☐ 동의하지 않습니다.

가. 개인정보의 수집·이용자(개인정보처리자) : (재)베스티안재단

나. 개인정보수집이용목적: 재단의 지원사업 관련 업무

다. 개인정보의 수집 이용항목: 주민등록번호를 제외한 나머지 개인정보(성명·주소 등 인적 사항, 경제상황 및 재산상태, 입금계좌 등)

라. 개인정보 보유 및 이용기간: 재단이 정한 보존기간 동안

2. 본인은 재단이 「개인정보 보호법」 제17조제1항제1호에 의거, 다음과 같이 본인의 개인정보를 제3자에게 제공하는 것에 대하여 ☐ 동의합니다. ☐ 동의하지 않습니다.

가. 개인정보를 제공받는 자 : 화상치료전문의료기관(이하 “병원”이라 함), 지원 연계기관

나. 개인정보를 제공받는 자의 이용 목적 : 재단의 지원사업 관련 업무

다. 제공하는 개인정보의 항목 : 위 1호 다목에 해당하는 개인정보

라. 개인정보를 제공받는 자의 보유 및 이용기간 : 병원 및 지원연계기관이 정한 보존기간 동안

3. 본인은 사보험(민간보험)으로 본 재단에서 지원하는 의료비에 대한 해당 금액을 중복 수령하려는 신청자임이 발견되면 지원이 취소되고 지원이 이미 이루어진 경우 전액 반환할 것에 ☐ 동의합니다. ☐ 동의하지 않습니다.

4. 본인은 위 1~3호에 대해 동의를 거부할 수 있다는 안내를 받았으며 ☐ , 또한 본인의 동의가 없을 때에는 재단이 지원하는 서비스의 제공이 어려울 수 있다는 안내를 받았습니다 ☐ .

재단에서는 의료비 지원사업 활성화 사업 및 다양한 매체를 통해 모금을 진행하고 있습니다. 동의 여부에 따라 모금이 진행될 수 있으며 재단의 홍보 매체와 온라인 모금사이트, 영상 제작 시 대상자의 사진 및 사인이 공개됩니다. ☐ 동의합니다. ☐ 동의하지 않습니다.

본인은 본 동의서의 내용과 개인정보 수집·처리 및
제3자 제공에 관한 본인의 권리에 대하여 이해하고 서명합니다.

20 년 월 일

신청인

신청자 성명	서명

(만 14세미만 아동의 경우는 법정대리인)

(재)베스티안재단 귀하