

[서식 3]

선천성 난청검사 및 보청기 지원사업 개인정보 제공 동의서

신청자 난청검사 및 환아관리사업 지원신청 및 지원대상자와 관련하여 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

- 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 보건복지부(난청사업팀), 전국 보건소(시·도사업과 포함), 사회보장정보원, 국민건강보험공단
- 개인정보화일(DB)수집의 목적
 - 영유아 난청검사 및 환아관리 지원 대상자 선정 및 관리
 - 보건소통합정보시스템을 통한 지원신청, 지원현황 조사 또는 확인시 활용
 - 영유아 난청검사 및 환아관리 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
 - 영유아 난청검사 및 환아관리 사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- 개인정보수집항목
 - 영유아 난청검사 및 환아관리 부모 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험가입현황, 건강보험료, 난입시술여부 등
 - 영유아 난청검사 및 환아관리 : 치료와 관련된 사항 및 의료비용(의료기관명, 치료방법, 진단명, 치료와 관련한 사항 등), 출생아의 성장 관련 현황 등
 - 의료비지원 대상 영아 및 부부를 제외한 가족 : 성명, 주민등록번호, 주소, 건강보험가입현황, 건강보험료
- 개인정보보유 및 이용기간
 - 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용시 : 영구
- 개인정보 조회·열람·활용 (행정정보 공동이용) 동의내용
 - 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
 - 가족관계증명서(가족관계 및 가족수 확인)
 - 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 납부여부 확인)
 - 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
 - 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원 신청, 치료현황, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
 - 의료비지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
 - 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 '행정정보공동이용' 조회 동의
- 개인정보 수집 동의 거부
 - 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부시 지원 신청이 제한됩니다.

성명	개인정보 수집 및 이용	고유식별정보 처리	민감정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음

본인은 "의료비 지원신청"과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.

20 년 월 일

동의자 성명	주민등록번호	관계	동의확인(서명)
			(인)
			(인)
			(인)
			(인)

[서식 5]

영유아 보청기 검수확인서 (보건복지부 난청환아관리)				
대상 영유아	성명		생년월일	
보호자	성명	(관계:)	연락처(휴대폰)	
주소 (거주지)				
영유아 보청기 처방 및 검수확인 기준				
1) 복지부 난청 환아관리에 동의한 만 3세 미만(36개월 미만) 영유아(거주지 보건소 신청일 기준) 2) 양측성 난청이면서, 청력이 좋은 귀의 평균 청력역치가 청각장애등급을 받지 못하는 40~59dB의 난청이 있는 경우에만 지원 3) 기준이 되는 청력검사(반드시 대학병원급 병원에서 시행) - 청성뇌간반응검사(ABR) 또는 청성지속반응검사(ASSR) 2회 이상 시행(ABR 반드시 포함) (최소 1개월 이상의 간격으로 2회 이상 실시하고, 가장 좋은 검사결과 또는 가장 최근 검사결과의 평균 역치를 기준으로 두 청력역치의 차이가 10dB 이내인 경우에 인정) * 평균 청력역치: ABR은 측정치의 평균, ASSR은 청각장애등급의 6분법 기준 4) 양측 보청기 지원 (개당 131만원 한도) 5) 보청기 처방 받은 병원에서 보청기 착용 및 검수 확인을 원칙으로 함(예외의 경우 검수확인란에 사유 기재) 6) 검수확인인 보청기 구입일로부터 1개월 이상 경과 후 보청기 착용 상태에서 청력개선 효과가 확인될 경우 발급				
보청기	구입일:			구입처:
	구입가격:			구입처 대표명:
	보청기 제품명:			코드:
	착용 측	우(), 좌(), 양측()	보청기 형태	
	평균 청력역치(기도)	보청기 착용 전 (처방전 결과)		보청기 착용 후 (음장검사)
		우(), 좌(), 양측()		우(), 좌(), 양측(), 기타:
	말소리 듣기, 명료도(%)	우: HL %, 좌: HL % 검사불가:()		우: HL %, 좌: HL % 검사불가:()
검수확인	※ 보청기 구입일로부터 1개월 이상 경과 후 구입한 보청기를 착용한 상태에서 실시하는 검사(음장검사, 실이측정 등) 결과 또는 보청기 착용 후 언어발달 상태에 따라 청력개선 효과가 있다고 판단되는 경우에 검수확인 합니다. (보장구의 적합성 여부 등 검수한 내용을 구체적으로 기록)			
상기 소견으로 보청기 검수를 확인합니다.				
년 월 일				
요양기관 명칭(요양기관 기호) :				
담당의사 :			면허번호 제	호
전문과목 :			전문의 자격번호 제	호
비고: 검수확인서 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 별도 부담하지 않습니다.				