

# <2025년 위기청소년 상처제거 지원사업> 제출서류

---

## < 사업 개요 >

- ◇ 사업명: 2025년 위기청소년 상처제거 지원사업
- ◇ 지원내용: 병원 치료비 200만원 이내, 맞춤형 1:1 개인 심리상담



# 〈2025년 위기청소년 상처제거 지원사업〉 안내사항

○ 서류제출 기한: 2025. 3. 19.(수) 10:00 ~ 2025. 3. 28.(금) 18:00

○ 지원내용

1) 치료비 지원

- ① 지원금: 1인 200만원 이내 ※경중에 따라 판정회의를 거쳐 차등 지원 및 증액 가능
- ② 지급방법: 대상자 거주 지역 내 협력병원에서 담당자가 치료비 결제 예정
- ③ 지원범위: 자해·폭력 상처 또는 문신 제거를 위한 시술 및 수술 비용
  - 병원에서 치료비로 결제되는 약제비의 경우 지원 가능 (예: 재생크림 등 병원 연고 처방)
  - ※제외) 아토피, 여드름 등 피부과 치료, 본 사업과 관련되지 않은 상처 치료비, 약국 처방 등

2) 심리상담 지원

- 대상자의 거주 지역 내 청소년상담복지센터로 연계하여 상담 및 기타 지원 서비스 제공
- ※개인상담: 참여필수

○ 제출서류

1) 공통서류 (필수)

- ① 2025년 위기청소년 상처제거 지원사업 신청서류 1부
  - 신청서 / 신청 사유 및 상처 사진 / 개인정보 수집·이용 및 제공 동의서 (총 3페이지)
- ② 2025년 위기청소년 상처제거 지원사업 참여 서약서 1부 (자필 작성 후, 스캔본 또는 사진 파일 제출)
- ③ 주민등록등본 1부 (주민등록번호 뒷자리 ‘비공개’ / 2025년 3월 이후 발급분)
- ④ 소득 관련 증빙 서류 1부 (해당 사항 택1 / 2025년 3월 이후 발급분)

소득 구분	소득 증빙 서류	발급 방법
기초생활수급자	·수급자증명서	정부24(온라인), 주민센터(방문)
차상위계층 (택1)	·한부모가족 증명서	정부24(온라인), 주민센터(방문)
	·차상위계층 확인서	복지로(온라인), 주민센터(방문)
	·차상위 본인부담 경감증명서	정부24(온라인), 국민건강보험공단(온라인)
중위소득 100% 이하 (택1)	·건강보험료 납부확인서 (최근 6개월) ※소득이 있는 동거가족 모두 포함 단, 형제·자매가 미성년자인 경우 제외	정부24(온라인), 국민건강보험공단(온라인)
	·소득금액증명서(원) ※4대 보험이 적용되지 않는 자의 경우에 한함 (예: 종교인, 일용직 근로자 등)	정부24(온라인), 홈택스(온라인)
	·무소득사실증명원 ※소득이 없는 경우, 해당 서류 발급	홈택스(온라인)

⑤ 주거 관련 증빙 서류 1부 (해당 사항 택1)

주거 형태	주거 증빙 서류	발급 방법
자가	·매매계약서	-
전세 / 월세	·임대차 계약서	-
해당 없음 (예: 지인 또는 조부모 명의 등)	·지방세 세목별 과세증명서 ·미과세증명서(부동산)	정부24(온라인), 주민센터(방문)
시설 / 그룹홈 (예: 쉼터 등)	·입소확인서	기관 자체 발급

2) 선택 서류: 기관추천서 1부

- 현재 상담 및 사례관리를 받는 기관의 담당자가 작성

○ 제출 방법: 메일([dmsdud3768@hi1318.or.kr](mailto:dmsdud3768@hi1318.or.kr)) 제출

- 제출서류 파일 압축(zip) 및 파일명(2차 서류제출\_신청인 이름)으로 저장

○ 작성방법 및 유의사항 (★중요)

- 1) 신청인이 미성년자일 경우 보호자의 서명이 필요합니다. (\*미성년자: 만 18세 미만)
- 2) 보호자가 신청하는 경우에도 신청인(해당 청소년)의 동의를 얻은 신청인의 서명이 필요합니다.
- 3) 각종 제출서류 발급 시, 개인정보보호를 위해 주민등록번호 뒷자리 공개 여부를 '비공개'로 선택해주시기 바랍니다.
- 4) 건강보험료 납부확인서 발급 시, 발행신청년월은 최근 6개월(2024.9.~2025.3.)로 선택해주시기 바랍니다.
- 5) 신청 사유에 대한 분량 제한은 없습니다.
- 6) G-mail을 통한 메일 제출 시, 반송 오류가 자주 발생하고 있습니다. 불편하시더라도 다른 이메일 주소를 이용해주시기 바랍니다.

○ 예상 질문 및 답변

1) 건강보험료 납부확인서는 어떻게 발급하나요?

- 피부양자의 경우, 건강보험 납부확인서 발급이 어렵습니다. 부양자(건강보험료를 납부하고 있는 자)의 명의로 발급받아야 합니다.

2) 조부모 또는 지인의 집에서 함께 거주하는 경우, 주거 증빙 서류는 어떤 걸 제출 하나요?

- 주거 관련 증빙 서류 중 '지방세 세목별 과세증명서' 또는 '미과세증명서'를 제출하시면 됩니다.
- '미과세증명서' 발급 시, (서울외) 선택 > 미과세목록 중 '취득세(부동산)'을 선택하시면 됩니다.

3) 파일 압축하는 방법

- 폴더를 만들어 압축할 파일(한글파일, pdf, jpg 등)들을 폴더 안에 담습니다.
- 압축할 폴더에 마우스 포인터를 두고, 마우스 오른쪽 단추를 누릅니다.
- '보내기' 버튼을 클릭한 후, '압축(ZIP) 폴더' 선택합니다.
- 폴더와 이름이 같은 새 압축 폴더가 생성되면, 파일명을 바꿉니다.

[공통1]

## 2025년 위기청소년 상처제거 지원사업 신청서

### ○ 대상자 정보

성명		생년월일		성별	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
상처유형	<input type="checkbox"/> 자해흔 <input type="checkbox"/> 폭력 상처 <input type="checkbox"/> 문신		환경 정보	예) 학교 재학/자퇴/검정고시 등	
전화번호					
주소					

### ○ 보호자 정보 (신청인이 미성년자일 경우 작성)

성명		생년월일		관계	
전화번호					
주소					

### ○ 심리상담 서비스 지원 (해당란에 “√” 표시)

※ 상처제거 지원사업 신청 시, 심리상담 연계는 필수 사항입니다.

- 상처제거 시술 및 수술은 치료 과정에서 통증이 수반될 수 있어, 심리·상담이 함께 이루어지면 심리적으로 안정감을 얻어 치료 효과를 높일 수 있습니다.

상담 현황	<input type="checkbox"/> 현재 상담을 받고 있습니다. (기관(명): )
	<input type="checkbox"/> 상담 연계를 희망합니다.

다음과 같이 <2025년 위기청소년 상처제거 지원사업>에 신청합니다.

2025년      월      일

신청인: (서명 또는 인)

보호자: (서명 또는 인)

[공통2]

## 신청 사유 및 상처사진

성명		생년월일	
연락처		상처유형	<input type="checkbox"/> 자해흔 <input type="checkbox"/> 폭력 상처 <input type="checkbox"/> 문신

1. 신청 사유

2. 상처의 발생원인 및 상황

3. 치료동기 [일상생활 및 진료 등 상처로 인한 어려움]

4. 치료받은 후 예상되는 변화 및 향후 계획

## 5. 사진 첨부



[공통3]

## 개인정보 수집·이용 및 제공 동의서

경기도청소년상담복지센터는 「개인정보 보호법(개정 2020. 2. 4. 법률 제16930호)」에 따라 개인정보를 수집·이용 및 제공하고자 합니다. 아래의 내용을 자세히 확인하신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

### ○ 개인정보 수집·이용 내역

수집 항목	수집 목적	보유기간
이름, 생년월일, 주소, 연락처, 학교명, 학년정보, 학업정보 보호자 정보(이름, 관계, 연락처), 현재상태(소속기관)	<ul style="list-style-type: none"> <li>상처제거 지원사업 신청인 확인 및 구별</li> <li>청소년상담복지센터의 운영 프로그램 및 병원 치료 연계</li> <li>청소년안전망시스템 및 지원 서비스 이용</li> </ul>	<b>5년</b>

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 동의를 거부할 경우, 본 센터에서 제공하는 서비스를 제공받을 수 없습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?  동의  미동의

### ○ 민감정보 처리 내역

수집 항목	수집 목적	보유기간
상담기록, 신청 사유, 상처 사진	• 의료·심층상담 및 기타 지원서비스 제공	<b>5년</b>

※ 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 동의를 거부할 경우, 본 센터에서 제공하는 서비스를 제공받을 수 없습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?  동의  미동의

### ○ 개인정보 제 3자 제공 내역

제공받는 기관	제공 목적	제공 항목	보유기간 (제공받는 기관)
필수연계기관 (지자체, 병원 및 시·군 청소년상담복지센터, 학교밖청소년지원센터 등), 한국청소년상담복지개발원, 여성가족부, 보건복지부	<ul style="list-style-type: none"> <li>위기청소년 상담 의뢰</li> <li>대상자 지원 및 사례관리</li> </ul>	이름, 생년월일, 연락처, 보호자 연락처, 도움받고 싶은 내용, 상처사진 등	<b>제공받는 기관의 목적 달성 시까지</b>

※ 위의 개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 동의를 거부할 경우, 본 센터에서 제공하는 연계 서비스 등 일부 서비스를 제공받을 수 없습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 제 3자에게 제공하는 데 동의하십니까?  동의  미동의

상기 내용에 대한 설명을 충분히 숙지하였으며, 개인정보 제공에 동의합니다.

(만 14세 미만의 경우, 법정대리인의 동의 없이 신청이 불가합니다.)

2025년      월      일

본      인      성명:      (서명 또는 인)

법정대리인      성명:      (서명 또는 인)

경기도청소년상담복지센터 귀하

