# 의료취약계층을 위한 치과진료 캠페인

# **『하이브릿지』 캠페인 신청서**

**1.대상자 인적사항**

| 성명 |  | 생년월일(년도,월,일) |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 성별 |  | 연락처 |  |
| 주소 |  | | |
| 가족 연락처(선택) |  | | |

**2. 지원분야**

| 지원분야 | * 전악 임플란트 (무치악) * 기능성 부정교합 교정 | | |
| --- | --- | --- | --- |
| 기저질환 여부 | * 당뇨 * 고혈압 * 골다공증 * 기타( ) * 없음 | | |
| 복용약 |  | | |

**3. 대상자 요건**

| 해당사항 | * 국민기초생활보장 수급자 * 차상위계층 * 중위소득 60% 이하 가정 * 국가유공자 및 그 배우자, 자녀 | | |
| --- | --- | --- | --- |

**4. 추가 안내 사항**

| - 본인은 본 신청과 관련하여 제출하는 모든 증빙서류(주민등록등본, 소득증명서 등)가 사실과 다르지 않으며, 위·변조 또는 허위 내용이 없음을 확인합니다.  -본인은 민간보험(사보험)을 통해 하이브릿지 캠페인에서 지원하는 치료비를 중복 수령하지 않을 것을 서약합니다.  -본인은 민간보험 청구를 위한 서류(영수증, 진료비 세부내역, 진단서 등)를 하이브릿지 캠페인으로부터 제공받을 수 없음을 충분히 안내받았으며 이에 동의합니다.  -위의 사항을 위반하거나 사실과 다른 내용이 확인될 경우, 지원은 즉시 취소되며 이미 지원받은 금액 전액을 반환해야 함에 동의합니다 |
| --- |
| 위 신청 모든 내용은 사실과 틀림이 없으며, ‘하이브릿지 캠페인’을 신청합니다.    **2025년 월 일**    **대상자(환자) : (서명)** |

# **개인정보 수집 및 활용 동의서**

‘하이브릿지 캠페인’은공정하고 객관적인 선정심사 및 지원을 위해 개인정보를 수집 및 이용하고 있습니다. 개인정보는 본 사업 이외의 다른 용도로 사용되지 않습니다.

| 1. **개인정보 수집, 이용에 대한 동의** | * 동의 | * 동의하지 않음 |
| --- | --- | --- |
| 본인은 「개인정보 보호법」 제15조 제1항 및 제24조 제1항 제1호에 따라, 아래와 같이 본인의 개인정보를 수집·이용하는 것에 동의합니다.  가. 개인정보의 수집·이용자  - 주최사 메디하이, 협력병원 원데이치과 및 지정 복지기관 나. 개인정보의 수집·이용 항목  -기본 정보: 성명, 주민등록번호, 전화번호, 주소, 가족관계 등 인적 사항  -세부 정보: 건강상태, 진료 내역 및 지원 심사에 필요한 의료 관련 정보 | | |
| 1. **대상자 사연 및 사진에 대한 동의** | * 동의 | * 동의하지 않음 |
| 본인은 하이브릿지 캠페인의 사회공헌 활동 취지와 성과 홍보를 위하여, 아래와 같이 본인의 사연과 사진이 활용되는 것에 동의합니다.  가. 수집·활용 항목 -대상자 인터뷰 내용, 촬영사진(치료 전·후 포함) 나. 수집·활용 목적 -캠페인 결과 보고, 대외 홍보, 보도자료, 인쇄물, 홈페이지 및 SNS 게시 등 공익적 목적 | | |

※ 귀하는 개인정보 수집, 이용 및 홍보 관련 정보공개에 대해 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의하지 않더라도 캠페인 지원 대상자 선정 및 치료 지원에는 어떠한 불이익도 없습니다.   
※ 본인은 동의서의 내용과 개인정보 수집 및 활용에 관한 본인의 권리에 대하여 이해하고 서명합니다.

**2025년 월 일**

**대상자(환자) : (서명)**