

|  |
| --- |
| **KB스타비(飛) 꿈틔움**  **개인 심리케어 프로그램** |

**2016.09**

**(사)열린의사회**

**사 회 공 헌 실**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ⅰ** |  | **기관 소개** |

1. 열린의사회

* 열린의사회는 1997년 5월 “질병으로 고통 받는 사람들은 사회적 신분으로 차별 받지 않아야 한다” 마음으로 의술을 통한 순수한 봉사와 사랑을 나누고자 의료진과 각계 각층의 자원봉사들이 뜻을 모아 만든 단체입니다.
* 열린의사회는 2012년 부터 학교폭력으로 고통받는 아이들을 위해 학교폭력 상담 및 심리 치료 사업을 시작하여, 현재는 아동ㆍ청소년들의 정서적 안정을 도모하기 위한 신경정신과 진료 및 상담 심리사업도 진행하고 있습니다

1. 주요 연역

* 1997.05 : 열린의사회 창설
* 2004.04 : 외교통상부 사단법인 설립허가(허가번호 제 369호)
* 2009.05 : 행정안전부 민간단체 공익활동지원사업 선정
* 2009.06 : 한국마사회 농어촌지원프로그램 공모사업 선정
* 2009.10 : 한국수자원공사 댐주변지역 순회진료사업 협력단체 선정
* 2010.02 : 서울시니어 전문자원봉사단 업무협약 체결
* 2010.03 : 아이티 강진 피해지역 긴급구호 의료봉사단 파견
* 2012.07 : 교육부, KB국민은행, 다음카카오 협력
* 학교폭력 예방 및 치료지원 사업 시작
* 2012.12 : 여성가족부 한부모가족 무료 건강검진 프로그램 업무협약
* 2013.11 : 필리핀 태풍 ‘하이엔’피해지역 긴급 구호
* 2014.02 : 100회 해외의료봉사 ‘레바논 시리아 난민촌 긴급구호
* 2015.04 : KB국민은행 외국인 근로자 무료 의료봉사
* 2015.11 : KB스타비(飛) 심리 캐어 프로그램

1. 주요 사업

* 해외 현지 주민 및 동포를 위한 의료봉사 사업
* 의료환경이 열악한 저개발 국가 대상 연간 15회 이상 실시
* 국내 의료봉사 사업

- 소외계층 및 의료환경이 열악한 지역 대상 연간 50회 이상 실시

- 고아원, 양로원, 장애인 시설에 대한 무료 건강 검진 실시

* 학교폭력 상담 사업 및 심리 치료 지원 사업
* 학교폭력 관련 대상자 연간 10,000여명을 카톡으로 실시간 상담하여, 그 중 100여명에게 심리 치료 지원
* 심리치료가 필요한 대상자를 찾아 집단 상담 및 심리 치료 지원
* 집단 상담 및 심리 치료 캠프 진행
* 교육 및 문화, 예술 공연 사업

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ⅱ** |  | **KB스타비(飛) 꿈틔움 개인 심리캐어 프로그램 개요** |

1. 사업 개요

* 저소득 계층의 아이들에게 물질적 혜택을 제공하고 도움을 주는 것만이 최선의 지원은 아니다.
* 저소득 가정은 부모의 맞벌이, 경제적 불안, 가정 불화 등의 문제로 인해 자존감이 부족한 아이들이 많다, 믿음과 신뢰를 주어 그들을 지지해 주는 일이 중요하다
* 가정 내 지지망이 부족한 아이들에게 사회에서 믿음과 그들을 지지해 줄 수 있는 역할이 중요하다.
* 이에, 열린의사회에서는 지역아동센터 아동ㆍ청소년을 대상으로 사업기간 내 60명을 선발하여 1:1 맞춤 심리치료를 할 계획이다.

1. 사업 목적

* 저소득 가정 아동ㆍ청소년 정서적 안정 도모 및 자존감 회복
* 문제 행동 유발을 조기에 발견하고 예방함

1. 선발 인원 및 기관(사업별 진행)

* “1:1” 심리 치료 지원 프로그램 : 지역아동센터 이용하는 아동ㆍ청소년 20명 선발(2차 추가 선발 모집분)

1. 사업 내용

* “1:1” 심리 치료 지원 프로그램
* 지역아동센터의 추천을 받아 대상자 20명 선발(1차 40명 모집 완료)
* 선발된 대상자에 한하여 1:1 심리 치료 비용 지원
* 신경정신과 병원 또는 심리 치료 센터 방문 치료
* 1인당 일백만원 지원(개인지급 불가, 병원 또는 심리 치료 센터 치료비로 만 지원)
* 개인당 지원금 소진 시 종료

1. 사업기간

* 사업 기간 : 2016.01.01. ~ 2016.11.30.
* 모집 기간 :

1차 : 2016.01.01 ~ 2016.01.29(마감)

**2차: 2016.08.23 ~ 2016.09.13**

* 발표 : 2016.09.21~23 내 기관별 유선 혹은 E-mail 개별 통보
* 진행 기간 : 센터별 일정에 따라 협의 후 확정

1. 신청 방법 : 가급적 E-mail 접수 요망, 우편접수 시 마감일 도착 분에 한함

* E-mail접수 : [damisam@daum.net](mailto:damisam@daum.net)
* 우편 접수 : 서울시 중구 세종대로 21길 49 오양수산빌딩 본관 601호 (사)열린의사회

1. 업무 추진 계획

* 1:1 심리 캐어 사업 추진 계획(2차 추가 모집)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **주제** |  | **내용** | **일시** |
|  |  |  |  |
| 2차 대상자  추천 요청 |  | 지역아동센터 내 심리치료 지원이 필요한 이용자를 추천 요청 | 2016.08.23  ~2016.09.13. |
|  |  |  |  |
| 신청서 접수 |  | 지역아동센터에서 열린의사회로 추천서 제출 | 2016.08.23  ~2016.09.13. |
|  |  |  |  |
| 심사 및 선발 |  | 추천서를 바탕으로 심사 후 선발 개별 통보 | 2016.09.21  ~2016.09.23 |
|  |  |  |  |
| 보호자 동의  치료기관 |  | 지역아동센터를 통해 보호자 동의 절차 진행 및 센터 인근 치료기관 선정 | 개별 일정 |
|  |  |  |  |
| 치료 진행 |  | 일백만원/1인당 소진시 까지 진료 진행 | 개별 일정 |

1. 제출 서류

* ‘1:1’ 심리 치료 지원 프로그램
* 치료 지원 프로그램 참가 신청서 1부
* 보호자 동의서 1부

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ⅲ** |  | **유의 사항** |

* 서류 작성 시 유의 사항
* 신청 담당자의 연락처 필수 명기(휴대폰 연락처 포함)
* 각 기관 직인 날인 및 담당자 사인 필수
* 보호자 동의서 작성은 선정 통보 후 작성하여 제출
* 보호자 동의서 작성은 심리치료에 대한 보호자의 의지를 확인하고, 대상자의 인지를 확인하고자 하는 절차임
* 보호자 동의서는 자필로 작성하여야 함
* 보호자 동의서 작성 시 필히 법적 보호자의 동의와 수혜자의 서명이 필요함
* 신청 접수 시 유의 사항
* 신청서는 가급적 E-mail통해 제출을 요청함
* E-mail제출 시 작성 파일과, 직인이 포함된 원본을 스캔하여 PDF로 제출
* “1:1 “ 심리 치료 지원의 범위
* 지원되는 진료비는 개인에게 지급되는 것이 아니라 치료기관에 일괄 지급됨
* 치료비 외 교통비, 다과비는 지원되지 않음

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **붙임1** |  | **“1:1”심리 치료 지원서** |

[서식 1]

**심리 치료 지원서**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **추천기관** | **기관명** | | |  | | | | | **대표자명** |  | |
| **주소** | | |  | | | | | | | |
| **담당자**  **(조사자)** | | | **성명** |  | | | | **E-mail** |  | |
| **연락처** | **(010)- -** | | | | **(지역번호) - -** | | |
| **대상자** | **성명** | | |  | | | **성별** |  | **나이** | **세(00년생)** | |
| **주소** | | |  | | | | | | | |
| **보호자** | | | **성명** | |  | | | **연락처** |  | |
| **지원사유** | **대상자**  **주요문제**  **(현황)** | | | **(상세히 기술 요망)** | | | | | | | |
| **지원사유** | | |  | | | | | | | |
| **위의 기록이 사실과 다름없음을 확인 합니다. 담당자 : (인)**  **2016년 월 일**  관인  **추천기관명 :** | | | | | | | | | | | |
| **붙임2** | | |  | **“1:1”심리 치료 지원 보호자 동의서** | | | | | | | |

[서식 1]

**심리 치료 보호자 동의서**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **서약인**  **(대상학생)** | **서약인** |  | **생년월일** | | |  | | **성별** |  |
| **주소** |  | | | | | | | |
| **소속(센터명)** |  | | | | | | | |
| **보호자** | **성명** |  | | **관계** |  | | **동거** | |  |
| **[동의 내용]**  서약인과 서약인의 보호자(법적대리인)는 (사)열린의사회가 주관한느 KB스타비(飛) 심리케어사업의 “1:1”심리 치료 지원 사업에 참여함에 있어 아래의 내용을 성실히 준수하고 적극적으로 집중진료에 협조할것을 서약한다.   1. “1:1”심리 치료 지원 사업에 본인의 의사에 의하여 자발적 의사에 의하여 참여한다. 2. “1:1”심리 치료 지원은 다음과 같다. 3. 의료기관에서의 편의 제공 및 진료비 지원을 의미한다. 4. 1인당 총액한도는 일백만원(\1,000,000/1인)이내이다. 5. 열린의사회에서 지정한 전문 의료기관에 방문하여 진료한다. 6. 3회이상불참 시 지원을 중단한다. 7. 자세한 진료 내용은 및 방식은 해당 의료기관과의 협조하에 이루어지면 이에 적극 협조한다. 8. 지원 과정에서 습득한 정보 및 참여 사실에 대하여 외부에 공개하지 않을 것을 서약한다. 단, 열린의사회에서 언론 보도를 위한 자료 요청 시 적극 협조한다.   서약인과 보호자(법적대리인)는 상기 사항을 숙지하여 이를 성실히 준수하며 만일 위 사항을 위반할 경우 책임은 물론 현행법 및 본 동의서에 의거한 민∙형사상의 모든 책임을 지면 분쟁이 발생시 소송은 서울중앙지방법원을 관할 법원으로 한다. | | | | | | | | | |
| **위의 동의 내용을 성실히 이행할 것을 동의합니다.**  **2016년 월 일**  **서약인 : (인)**  **보호자 : (인)**  **(사)열린의사회 귀하** | | | | | | | | | |