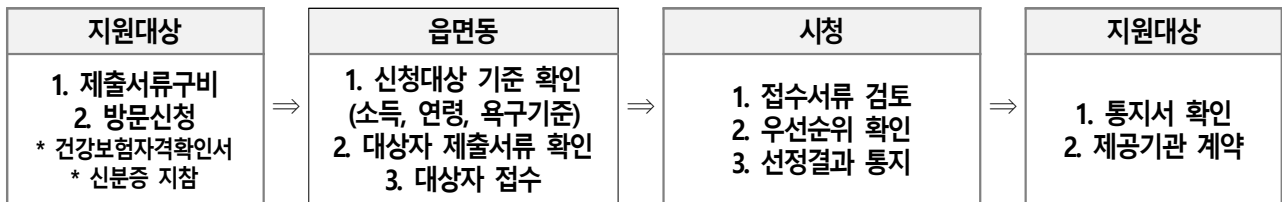


2025년 지역사회서비스 투자사업 안내문

1 모집개요

- 사업명 : 지역사회서비스 투자사업 (9개사업)
- 신청대상 : 사업별 소득기준, 연령기준, 욕구기준에 모두 부합한 자
- 신청방법 : 주소지 관할 읍·면·동 행정복지센터 방문신청
- 신청기간 : 2025년 1월 6일 (월) ~ 17일 (금) 18:00까지 (10일)
- 선정기간 : 2025년 1월 31일 (심리지원 2월 중) 적합통지서 순차적 우편발송
- 선정기준 : 사업별 우선순위 적용
- 지원절차 :



○ 세부서비스

구 분	우리아이 심리지원	아동정서 발달지원	우리가족 통합심리	정신건강 토달케어	치유농업	장애인 보조기기	장애인 맞춤형운동	만성질환자를 위한 맞춤 재활	시각장애인 안마서비스
소득기준	없음	중위120%이하	없음	중위160%이하	없음	없음	없음	중위170%이하	중위140%이하 기초연금수급자
연령기준	18세 이하	7세~12세	24세 이하 아동 포함 가정	19세 이상	10세 이상	24세 이하	4세 이상	19세 이상	60세 이상
욕구기준	문제행동아동	문제행동아동	상담필요가정	정신장애인 정신과치료가 필요한자	발달장애인 정신장애인	지체장애 뇌병변장애	등록장애인	뇌혈관질환, 암,당뇨병, 파킨슨병 진단 을 받은 자	근골격계 질환자, 지체장애인, 뇌병변장애인
서비스 내용	언어치료, 심리치료 등 (심리지원)	클래식이론,실기 정서순화 프로그램 (심리지원)	가족상담 (심리지원)	초기상담, 위기상황 개입, 증상관리 (심리지원)	농장을 활용한 치유 서비스	재활보조기구 렌탈	맞춤운동 서비스	맞춤운동재활 일상생활훈련	지압, 안마
지원기간	12개월 (최대2년)	12개월 (최대2년)	12개월	12개월 (최대5년)	12개월 (최대2년)	12개월 (최대6년)	12개월 (최대2년)	12개월 (최대2년)	12개월 (최대2년)
정부지원금	36천원~ 162천원	160천원~ 180천원	36천원~ 162천원	180천원	132천원~ 198천원	84천원~ 108천원	120천원~ 180천원	120천원~ 180천원	151천원
본인부담금	18천원~ 214천원	20천원~ 40천원	18천원~ 214천원	20천원	22천원~ 88천원	12천원~ 36천원	20천원~ 120천원	20천원~ 80천원	16천원

- 지원제한 1인당 연간 2개 서비스까지 지원받을 수 있습니다.
- 중복지원 제한 우리아이심리지원, 우리가족통합심리지원

지역사회서비스 투자사업 공통 제출서류

- 신분증
- 신청서 (읍·면·동 행정복지센터 비치)
- 건강보험자격확인서 (맞벌이 가구의 경우 부부 모두 필요)
※ 건강보험료 부과액이 확인되지 않는 경우, 건강보험료 12개월간 납부확인서 제출

(010109) 우리아이심리지원서비스 / 12개월 (최대24개월) / 중복제한 우리가족통합심리지원, 장애아동발달재활

접수조건 (제출서류) (기준변경)	우선순위
- 시군통합사례관리(무한돌봄센터, 희망복지지원단), 정신건강복지센터장, 드림스타트센터, 청소년상담복지센터, 아동보호전문기관 서비스 연계 의뢰자	1 시군통합사례관리(무한돌봄센터, 희망복지지원단), 정신건강복지센터장, 드림스타트센터, 청소년상담복지센터, 아동보호전문기관 서비스 연계 의뢰자 추천서 또는 추천공문
- 문제행동 관련 약물치료 3개월 이상인 자	2 문제행동 관련 약물치료 3개월 이상인 자
- 각 지역 의료기관 의사 진단서(소견서) 제출자 (신청일 기준 6개월 이내)	3 각 지역 의료기관 의사 진단서 제출자 (※우선순위는 진단서만 인정)
- 학교장, 정교사, 전문상담교사, 보건교사 ※ 심리정서, 문제행동 등의 고위험군 또는 경계선 아동으로 학교에서 관리하고 있거나 관리 전력이 있는 경우에 한함.	4 법정 한부모, 다문화가정, 조손가정의 아동, 가정위탁아동 (증명서류제출)
- Wee센터(Wee클래스) 추천서 제출자 ※ 심리정서, 문제행동 등의 고위험군 또는 경계선 아동으로 Wee센터(Wee클래스)에서 관리하고 있거나 관리 전력이 있는 경우에 한함.	5 「초·중등교육법」 제21조에 따른 학교장 또는 정교사 또는 전문상담교사 또는 보건교사의 추천자 단, 대상자가 재학중인 학교소속
- 정신건강임상심리사, 임상심리사, 청소년상담사(1,2급), 언어재활사(1급) (소견서+임상심리평가결과지, ※언어재활사는 언어평가 관련 검사도구 사용)	6 Wee센터(Wee클래스) 추천자
	7 지역사회서비스투자사업을 생애 최초로 신청하는 아동
	8 우리아이심리지원서비스를 생애 최초로 신청하는 아동

※ 임상심리평가 검사도구 안내

- 임상심리평가는 부모보고 검사도구와 전문가보고 검사도구를 각각 필수로 하나를 선택하여 시행하여야 함.
- 부모보고 검사도구는 K-CBCL, K-ARS, RCMAS, -PRC, -CYP, PRES, SELSI, KPI-C, MMPI(다면적 인성검사) 중 하나를 필수로 선택하고,
- 전문가보고 검사도구는 K-WISC-IV, K-WISC-V 지능검사, K-WPPSI-4, K-WAIS, K-ABC2, k-ctoni-2, ADHD, K-CDI, MMPI, HTP, SCT, RCMAS, SMS, KRPC, KFD 중 하나를 필수로 선택하여야 함.
- 검사결과는 절단점이나 백분위를 기준으로 종합적으로 판단하되 전문적 개입의 필요성이 높은 아동·청소년임이 확인되어야 함.
※언어평가도구는 SELSI, K M-B CDI, PRES, LSSC, REVT, U-TAP, U-TAP2, APAC, P-FA, P-FA2, KOLRA 중 하나를 필수로 선택하여 실시함.
(부모보고(SELSI, K M-B CDI) 검사 시 객관적 판단을 위해 관찰평가 포함하여 실시)

※ (공통) 각 자격별 전문가는 해당분야의 기관에 소속되어 있어야 함.

※ (공통) 소견서, 추천서는 서식 활용.
단, 자체 서식을 활용할 경우 아동·청소년의 문제행동과 검사결과, 서비스 필요성이 높은 아동·청소년임이 확인되어야 함.

※ (공통) 진단서, 소견서, 추천서, 검사결과는 신청일 기준 6개월 이내 발급된 것만 인정

※ (3) 의사의 진료과는 소아과, 소아청소년과, 정신건강의학과, 이비인후과, 재활의학과로 한함

(031109) 아동정서발달서비스 / 12개월 (최대24개월) 심층사정평가검사결과지 필수 제출

접수조건 (제출서류)	우선순위
- 시군통합사례관리(무한돌봄센터, 희망복지지원단), 정신건강복지센터장, 드림스타트센터의 추천서+심층사정평가검사결과지 제출자	1 법정 한부모(한부모가족증명서), 다문화가정, 조손가정의 아동
- 청소년상담복지센터, 가족센터(건강가정지원센터)의 추천서+심층사정평가검사결과지 제출자	2 시군 통합사례관리(무한돌봄센터, 희망복지지원단), 정신건강복지센터장, 드림스타트센터의 추천을 받은 아동
- 학교장(또는 정교사, 전문상담교사, 보건교사), Wee센터(Wee클래스)의 추천서+심층사정평가검사결과지 제출자	3 청소년상담복지센터, 가족센터(건강가정지원센터)의 추천을 받은 아동
- 임상심리사, 청소년상담사(1급, 2급)의 소견서 제출자 (소견서+심층사정평가검사결과지+자격증 사본)	4 학교장(또는 정교사, 전문상담교사, 보건교사), Wee센터(Wee클래스)가 추천하는 아동 단, 대상자가 재학중인 학교소속
	5 지역사회서비스투자사업을 생애 최초로 신청하는 아동
	6 아동정서발달지원서비스를 생애 최초로 신청하는 아동

※ (공통) 각 자격별 전문가는 해당분야의 기관에 소속되어 있어야 함.

※ (공통) 진단서, 소견서, 추천서, 검사결과는 신청일 기준 6개월 이내 발급된 것만 인정

심층사정평가검사결과지 필수 제출

(991709) 우리가족통합심리지원서비스 / 최대 12개월 / 중복제한 우리아이심리지원, 발달장애부모심리지원		
접수조건 (제출서류)	우선순위	
- 재혼가족, 한부모가족, 위탁가족, 다문화가족, 장애인가족, 북한이탈주민 가족, 입양가족, 조손가족 (증빙서류제출)	1	재혼가족, 한부모가족, 위탁가족, 다문화가족, 장애인가족, 북한이탈주민 가족, 입양가족, 조손가족 (증빙서류제출)
- 시군 통합사례관리(무한돌봄센터,희망복지지원단), 정신건강복지센터장, 드림스타트센터,청소년상담복지센터,Wee센터장(Wee클래스),초중등 교육법에 의한 학교장의 추천서 제출자	2	시군 통합사례관리(무한돌봄센터,희망복지지원단), 정신건강복지센터장, 드림스타트센터,청소년상담복지센터,Wee센터장(Wee클래스),초중등 교육법에 의한 학교장의 추천을 받은 아동 단, 대상자가 재학중인 학교소속
- 가족 구성원 중 한명의 정신건강관련 의사 진단서(소견서) 또는정신건강 임상심리사(또는 임상심리사) 소견서+임상심리평가결과지를 제출한 가족	3	가족 구성원 중 한명의 정신건강관련 의사 진단서(소견서) 또는정신건강 임상심리사(또는 임상심리사) 소견서+임상심리평가결과지를 제출한 가족
임상심리평가 검사도구 안내 MMPL-2, MMPL-A, KPRC, CBCL 중 하나 선택하여 실시		
(090109) 정신건강토달케어서비스 / 12개월 (최대60개월)		
접수조건 (제출서류)	우선순위	
- 정신장애인 (복지카드) 제출자	1	정신건강복지센터 연계 대상자
- 정신건강의학과 전문의의 소견서 및 진단서 발급이 가능한 자 (소견서 및 진단서) (신청일 기준 6개월 이내)		
(992309) 치유농업서비스 / 12개월 (최대24개월)		
접수조건 (제출서류)	우선순위	
- 발달장애인 복지카드 제출자	1	세대원 중 장애인이 있는 가구
- 정신장애인 복지카드 제출자	2	취업(인턴, 비정규직,정규직 등 포함) 및 직업훈련 참여자
	3	다자녀(세자녀 이상) 가구의 발달장애인 또는 정신장애인
	4	장애인거주시설 입소자
	5	법정한부모 가정 (증명서 제출)
	6	중복장애인 (장애인 복지카드 상 발달장애 또는 정신장애를 포함하여 2가지 이상)
	7	장애정도가 심한 장애인
	8	다문화 가정
(280209) 장애인맞춤형운동서비스 / 12개월 (최대24개월)		
접수조건 (제출서류)	우선순위	
- 만 4세 이상 등록장애인 복지카드 제출자	없음	
(070101) 장애인보조기기렌탈서비스 / 12개월 (최대72개월)		
접수조건 (제출서류)	우선순위	
- 장애판정을 받은 지체 및 뇌병변 장애 아동 청소년 (복지카드 제출자) 단, 6세 미만의 지체 뇌병변 장애가 예견되어 동 서비스가 필요하다고 인정한 의사진단서가 있는 경우 가능 (신청일 기준 6개월 이내)	없음	
- 척수장애 또는 근위축증으로 의사 진단서 또는 소견서 발급이 가능한 아동·청소년 (의사 진단서 소견서) (신청일 기준 6개월 이내)		

(991709) 만성질환자를 위한 찾아가는 맞춤재활서비스 / 12개월 (최대24개월)		
접수조건 (제출서류)	우선순위	
- 일상생활에 어려움을 겪는 과거 또는 현재 뇌혈관질환, 암, 당뇨병, 파킨슨 진단을 받은 자 (의사진단서, 소견서, 처방전) 뇌혈관질환, 암, 당뇨병, 파킨슨 진단명 확인해야 가능	1	뇌혈관질환자
- 뇌병변장애인 복지카드 제출자	2	암환자
	3	당뇨병으로 인한 합병증 발생자
(080909) 시각장애인안마서비스 / 12개월 (최대24개월)		
접수조건 (제출서류) (기준변경)	우선순위 (기준변경)	
- 근골격계·신경계·순환계 질환이 있는 만 60세 이상인 자 (의사 진단서, 소견서, 처방전, 진료확인서) 질병분류코드 G,M,I 및 R81, E10~15 중 제출 (신청일 기준 6개월 이내)	1	의료급여 관리사에게 추천을 받은 대상자
- 지체 및 뇌병변 등록 장애인 복지카드 제출자	2	만 60세 이상의 국가유공자
- 국가유공자 예우(보훈대상구분 코드 21, 23, 35에 해당하는 자)에 관한 법률에 의해 상이등급 판정을 받은 자 중 근골격계·신경계·순환계 질환이 있는 자(의사진단서, 소견서, 처방전, 진료확인서) 질병분류코드 G,M,I 및 R81, E10~15 중 제출 (신청일 기준 6개월 이내)	3	만 60세 이상의 지체 및 뇌병변 장애인
	4	지역사회서비스투자사업 생애최초 신청자

3

유의사항

- 제공기관을 통해 대리 신청할 수 없습니다.
- 기간 내 미신청시 재선정기간에 신청바랍니다. (상시신청 불가)
- 신청인이 많을 경우, 예산 소진으로 서비스 지원이 어려울 수 있습니다.
- 선정결과와 관련된 정보 (신청인원, 본인순번 등)는 사전에 알려드릴수 없습니다.
- 본인소득기준확인 은 주소지 읍면동 행정복지센터로 문의하시기 바랍니다.
- 선정결과 통지서 발송이 누락 되는 경우가 있으므로 우편 미수령 시 행정복지 센터에 문의하시기 바랍니다.