



소리없는세상에울림을

사랑의달팽이

수 신 수신자 참조

참 조

제 목 인공달팽이관 수술 및 외부장치 교체 지원사업 '소리동행' 홍보 요청의 건

1. 귀 기관의 무궁한 발전을 기원합니다.

2. 본 단체는 청각장애인을 위한 인공달팽이관 수술지원, 보청기지원, 사회적응지원, 장학지원을 비롯하여 사회인식개선을 위한 클라리넷앙상블 운영 및 문화행사를 진행하는 비영리 민간단체입니다.

3. 본 단체에서는 2025년도 청각장애인 인공달팽이관 수술 및 외부장치 교체 지원 대상자를 모집하고자 합니다. 이에 동봉한 포스터 확인하시어 대상자들이 관심을 갖고 신청할 수 있도록 적극 홍보해 주시면 감사드리겠습니다.

- 아 래 -

가. 모집기간 : 상시모집

나. 지원내용 : 인공달팽이관 수술 및 외부장치 교체 지원

다. 지원기준 : 포스터 내용 참고

라. 신청접수 : 사랑의달팽이 홈페이지 → 오른쪽 상단 신청하기 → 인공달팽이관 수술 및 외부장치 교체 신청

마. 문 의 : <인공달팽이관 수술>

아동 담당자 ☎ 070-4322-4139, 070-4322-4140

성인 담당자 ☎ 070-4322-4142

<외부장치 교체>

아동 담당자 ☎ 070-4322-3107

성인 담당자 ☎ 070-4322-4142

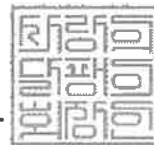
붙임 1. 지원사업 안내문 1부

2. 2025년 소리동행 포스터 A2 1부.

3. 2025년 소리동행 포스터 A4 2부. 끝.

사단법인 사랑의달팽이

회 장 김 민 자



수신자 : 주민센터, 시청, 보건소, 복지관 등 총 7,760곳

담당 손정우

팀장 곽혜림

사무총장 조영운

기관장 김민자

시행 복지사업팀25-12-24(25. 03. 19.)

접수

우 04598 서울특별시 중구 동호로 15길 27 종하빌딩A동 1층

<http://www.soree119.com>

전화 02 541 9555

전송 02 541 9220

이메일 sonjw@soree119.com

2025년 사랑의달팽이 <소리동행> 사업 안내문

■ 사랑의달팽이 소개

- 사랑의달팽이는 청각장애인에게 인공달팽이관 수술 및 보청기를 지원하여 소리를 찾아 주고, 소리를 듣게 된 아이들의 사회적응지원과 대중들의 인식개선교육을 수행하는 사회복지단체입니다.

■ ‘소리동행’ 사업 소개

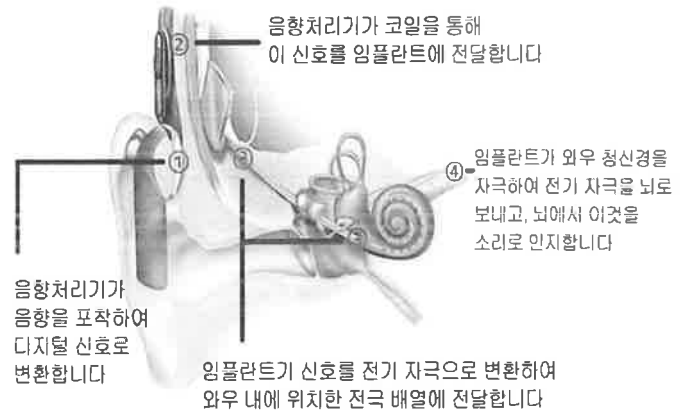
- 사랑의달팽이 ‘소리동행’ 사업은 경제적 어려움을 겪는 청각장애인에게 인공달팽이관 수술, 외부장치 교체, 언어재활을 지원하는 사업입니다. 청각장애인의 경제적 부담 및 삶의 질 향상에 도움을 드리고자 합니다.

① 인공달팽이관 수술

- 인공달팽이관 수술은 귓속에 가느다란 전극선을 삽입하여, 전기신호로 소리를 들을 수 있도록 하는 수술입니다.

√인공달팽이관이란?

내부 임플란트(달팽이관 삽입)와 외부 장치(음향처리기)로 구성되며, 외부의 소리를 전기적 신호로 변환하여 청신경을 자극해 소리를 듣게 해주는 장치입니다.



② 외부장치 교체

- 인공달팽이관은 내부 임플란트와 외부장치로 구성되어 있으며 외부장치는 외부에 부착하는 전자기기 특성으로 오래 사용하면 노후되어 성능이 떨어지거나 고장이 날 수 밖에 없습니다. 주기적인 외부장치 교체가 필요하지만, 한 쪽당 1천 만원에 가까운 비용으로 외부장치 교체를 포기하는 청각장애인들이 많습니다.

③ 지원 내용

	인공달팽이관 수술	외부장치 교체
지원 대상	아동 · 성인	
지원 범위	• 아동 : 수술비 전액 + 언어재활치료비 (평균 300만원 이상) → 건강보험 급여미대상자의 경우 수술비만 1,000만 한도 지원 • 성인 : 수술비 300만원 한도 (지원금 300만원 초과금 본인 부담)	• 기초생활수급자, 차상위계층 - 800만원 한도 • 기준중위소득 100% 이내 - 600만원 한도
기타 사항	* 인공달팽이관 수술비 지원 신청 전 이비인후과에 방문하여 인공달팽이관 수술이 필요한지 검진 요망 * 지원 자격에 해당되는 대상자 심의 진행 후 수술비 지원 결정 * 전국 인공달팽이관 수술 병원 자율적 선택 가능	* 후원금 상황에 따라 지원 시기 변동



사랑의달팽이
THE SNAIL OF LOVE

소리동행

사단법인 사랑의달팽이에서는
경제적 어려움을 겪는 청각장애인 및 난청인에게
인공달팽이관 수술 및 언어재활치료, 외부장치 교체를 지원하여
청각장애인의 소리여정에 동행합니다.

지원내용

① 인공달팽이관 수술

소득 자격	아동 *만 18세 이하		성인
	기초생활수급자, 차상위계층		
지원 항목	건강보험 적용	수술비 전액 + 언어재활치료비 지원	수술비 300만원 한도 지원
	건강보험 미적용	수술비 1천만원 한도 지원	*후원처 및 기관 사정으로 인해 지원금은 조정될 수 있습니다.

※ 본 지원사업은 인공달팽이관 수술비용 제한이 없습니다.
※ 기준중위소득 초과자의 경우 사업잔여 예산에 따라 일부지원 가능(유선문의)

② 외부장치 교체

지원 기준	아동 *만 18세 이하		성인
	외부장치 분실, 수리불가, 노후(만 6년 이상)		
소득 자격	기초생활수급자, 차상위계층		
	건강보험료 기준중위소득 100% 이내	건강보험가입자 본인 ▶ 중위소득 100%이내 만 60세 이상 피부양자 ▶ 중위소득 120%이내	
지원 항목	기초생활수급자, 차상위계층 - 800만원 한도 기준중위소득 100% 이내 - 600만원 한도		

※ 후원금 상황에 따라 지원 시기가 달라질 수 있습니다.

지원기준

(노인장기요양보험료제외금액)

건강보험료납입 기준중위소득 100%				건강보험료납입 기준중위소득 120%			
가구원수	직장가입자	지역가입자	혼합	가구원수	직장가입자	지역가입자	혼합
1인	85,040	19,780	-	1인	102,613	22,380	-
2인	139,817	70,053	141,260	2인	168,410	105,787	170,193
3인	179,415	121,707	181,663	3인	215,933	151,146	219,196
4인	219,196	154,802	222,471	4인	261,360	208,471	266,302

※ 기타 가구원 기준중위소득은 유선 문의로 확인 가능

신청방법

(상시접수)

홈페이지 신청	www.soree119.com접속 ▶ 오른쪽 상단 신청하기 ▶ [인공달팽이관 수술신청]		바로가기
	www.soree119.com접속 ▶ 오른쪽 상단 신청하기 ▶ [외부장치 교체신청]		바로가기
오프라인 신청	하단의 신청문의 번호로 연락하여 수기신청서 발송요청 (팩스, 우편, 이메일)		

※ 최소 수술일 10일 전까지 신청바랍니다.

진행절차

1차	신청서 상담 (신청서 접수자 1차 상담 및 추가 서류 제출안내)
2차	서류심사 (소득기준 심사)
심사결과 유선안내	

제출서류

(1차상담 완료자에 한해 별도 안내)

기초생활수급자, 차상위계층	주민등록등본, 기초생활수급자증명서 or 차상위계층 증명서
건강보험료 기준중위소득 해당자	주민등록등본, 건강보험자격확인(통보)서, 건강보험료납부확인서(최근 1년치)

※ 외부장치 교체 신청 시, 교체 사유에 따라 별도의 추가 서류를 요청드릴 수 있습니다.

신청문의

① 인공달팽이관 수술

아동	070-4322-4139 / 070-4322-4140
성인	070-4322-4142

② 외부장치 교체

아동	070-4322-3107	성인	070-4322-4142
----	---------------	----	---------------