



- 2023년 장애인활동지원 -
추가지원사업 지원계획(변경안)



충 북 도 청
노인장애인과

2023년 장애인활동지원 추가지원사업 지원계획(변경)

◆ 장애인 활동지원급여(국비) 부족으로 일상생활 등이 어려운 중증 장애인들에게 서비스 추가 지원을 통하여 자립생활과 사회활동을 지속적으로 지원하고자 함.

□ 추진목적

- 국고로 지원되는 장애인활동지원 급여의 시간 부족으로 일상생활 및 사회생활에 어려움이 있는 중증장애인에게 도비를 추가 지원하여 장애인의 자립생활을 지원

□ 사업개요

- 사업위치 : 11개 시·군
- 사업기간 : 연중
- 사업비 : 2,596백만원(도비 706백만원, 시군비 1,890백만원)
- 사업량 : 541명
- 지원대상자 : 국비 급여 수급자 중 아래 자격을 갖춘 자

지원대상		
비 고	중증장애인	만6세 이상 등록장애인으로 서비스 지원 종합조사 기능제한영역 점수가 성인320점, 아동250점 이상 으로 추가시간이 필요한 수급자 ※소득에 따라 차등지원
	24시간추가	서비스 지원 종합조사 4구간이상, 기능제한영역 점수가 성인360점, 아동280점 이상 으로 수발자가 없어 24시간 돌봄이 필요한 기초생활수급자
	한부모가정	만6세 이상 등록장애인으로 서비스 지원 종합조사 기능제한영역 점수가 성인320점, 아동250점 이상 으로 추가시간이 필요한 한부모가정
	발달장애인 활동지원	발달장애인 주간활동서비스 대상자 중 장거리이거나 가정환경을 고려, 추가지원이 필요한 수급자
기 존 이 용 자	○ 국비사업의 산정특례 동일 적용	

○ 추가지원내용

- 중증장애인 활동지원

- 기초수급자(생계,의료) 중 독거 또는 외상장애인 : 월 80시간
- 차상위(중위소득 50%) 또는 희귀난치성질환자 : **월 25시간**
- 차상위(중위소득 50%) 초과자 : **월 15시간 지원**
- 중증장애인 활동지원 24시간 지원 : 월 180시간 추가
- 장애인 한부모가정 지원(육아가사서비스) 월 60시간
- 발달장애인 활동지원 추가 : 월 30시간

※ '발달장애인 주간활동서비스 사업안내' 준용(대상자 선정, 서비스 제공, 정산 등)

○ 서비스단가 : 2023년 보건복지부 고시 단가 적용

□ 운영방침

- 신청연계 : 신규신청 및 전년도 신청연계 * 필요시 재선정
- 신청주의 : 해당자의 신청에 의해 지원(서식 1 참조)
- 적 합 자 : 기능제한영역 점수가 320점 이상자 중 담당공무원의 공부확인 및 현지 확인을 거쳐 지원내용 조건에 적합한자
- ※ 구간 및 점수가 걸쳐있는 자는 예산범위, 신청자의 소득 및 환경 등 고려하여 시·군 담당자의 판단 하에 지원여부 결정이 가능함
- 신청기간 : 매월 15일까지 접수분 당월부터 추가지원
- 운영방법 : 전자바우처 방식 적용

※ 예산의 범위 내에서 시행함을 각별히 유념하시기 바람

□ 대상자 확정 및 통지

- 확정시기 : 매월 15일까지
- 판정방법 : 보건복지부 장애인 활동지원사업에 준하여 판정
- 확정통지 : 판정결과를 신청인 및 해당 사업기관(사회보장정보원)에 통지

□ 서비스 제공 및 이용

- 보건복지부 지원시간 소진 후 추가시간 인정
- 보건복지부 장애인활동지원 사업안내서에 따라 단가 및 원칙 적용
- 지원되는 바우처 서비스 중 사용하지 않는 바우처 서비스는 소멸(이월불가)

□ 비용의 지급 및 정산

- 비용청구 : 활동지원기관이 사회보장정보원으로 급여비용 청구
- 비용지급 : 사회보장정보원은 활동지원기관으로 월 3회 급여비용 지급
- 비용정산 : 사회보장정보원이 활동지원급여비용 지급내역 총괄 정산

※ 급여제공 내용 입력 후 예외지급 사유 발생 시 활동지원기관은 증빙서류
(서비스 제공 기록지)를 사회보장정보원으로 제출

□ 행정사항

- 대상자 접수 및 확정결과 통보 : 매월 15일까지
- ※ 부득이한 경우, 바우처 생성 및 서비스 지원에 문제가 없는 범위 내에서 시군차원에서 일부 조정 가능

[서식 1호]

장애인 활동지원(10시간, 20시간, 80시간) 추가지원 신청서						처리기간
						5일 이내
보호 대상자	성명	주민등록번호		장애수당 수급여부	<input type="checkbox"/> 기초수급자, <input type="checkbox"/> 차상위120%이내 <input type="checkbox"/> 미 수급	
	주소	(전화 : _____, 핸드폰 : _____)				
	장애 유형	<input type="checkbox"/> 지체 <input type="checkbox"/> 뇌병변 <input type="checkbox"/> 시각 <input type="checkbox"/> 청각 <input type="checkbox"/> 언어 <input type="checkbox"/> 안면 <input type="checkbox"/> 신장 <input type="checkbox"/> 심장 <input type="checkbox"/> 호흡기 <input type="checkbox"/> 간 <input type="checkbox"/> 장루·요루 <input type="checkbox"/> 간질 <input type="checkbox"/> 지적 <input type="checkbox"/> 발달 <input type="checkbox"/> 정신 <input type="checkbox"/> 희귀난치성질환				
본인은 장애인활동지원사업 수급자로서 (10시간, 20시간, 80시간) 추가지원 신청을 하오니 처리하여 주시기 바랍니다. <div style="text-align: center;"> _____년 _____월 _____일 신청(대리)인 성명 : _____ (서명 또는 날인) 보호대상자와의 관계 : _____ (응급 연락 전화 : _____) </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">시장·군수·구청장 귀하</p>						
시·군·구(읍·면·동) 확인 사항						
독거 특례대상자 유무			<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무		
기초생활수급자			<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무		
중위소득 50% 이내자			<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무		
중위소득 50% 초과자			<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무		
확 인 자	직	성명		(인)		

☞ 사업기간 중 보건복지부에서 제공하는 서비스를 소진 후 추가서비스를 제공받을 것이며 본 사업은 2022. 12. 31 종료됨에 이의가 없음을 서약합니다.

신청(대리)인

(서명 또는 인)

서비스 제공 기록지(20 년 월)

대상자 : _____ 생년월일 : _____ 활동보조인 : _____

제공 일자	/	/	/	/	/	/	/	/	/
1. 활동보조									
식사·세면도움									
채워변경									
옷갈아입히기									
신체기능유지·증진									
화장실이용도움									
외출동행									
기타()									
2. 일상가사지원									
생필품구매									
청소·세탁									
기타()									
3. 기타									
기타()									
① 바우처									
② 추가구매									
서비스 제 공	시작시간								
	종료시간								
총 서비스 제공시간									
총 서비스 이용금액									
서비스 이용자(확인)									

- * 세부서비스 종류별로 제공된 서비스 시간과 **서비스 시작 및 종료 시간**을 표기합니다.
- * 상기 서비스 이외 각 시설 특성상 중요서비스로 판단되는 경우는 그 내용과 제공시간을 기타란에 기재하시기 바랍니다.

일 자	대상자의 특이사항 및 업무상 특이사항

구 분	세부내용	구 분	세부내용
신체수발		가사 지원	
목욕도움	입욕준비, 입욕 시 이동보조, 몸 씻기(샤워포함), 지켜보기, 옷갈아 입히기, 사용물품 정리	청소 및 주변정돈	급여대상자가 주로 거주하는 장소(방, 거실), 화장실 청소, 쓰레기 분리수거, 내부정리, 이부자리 정돈, 화장대·책장 정리, 옷장·서랍장 등 정리
세면도움	얼굴과 목, 손 씻기 등, 사용 물품 정리, 세면대까지의 이동 포함	세 탁	급여대상자의 옷, 양말, 수건, 침구류, 걸레 등 세탁과 삶기 등 ※ 대상자의 의류 및 침구류만 해당(동거 가족의 것을 포함하는 것은 아님)
옷갈아 입히기	의복준비(양말, 신발포함), 지켜보기 및 지도, 겹옷 및 속옷 갈아입히기, 의복정리		
체위변경	체위변경, 일어나 앉기 도움	취 사	식·재료의 준비, 밥 짓기, 국·반찬하기, 식탁청소, 설거지, 행주 삶기, 음식물 쓰레기 분리수거 등
신체기능의 유지·증진	관절구축 예방활동, 보행, 서있기 연습 보조, 기구사용 운동보조, 보장구 장치 도움(지켜보기 포함)	개인활동 지원	
화장실 이용하기	화장실이동보조, 옷 내려 주고 올리기, 용변후 처리 지원	외출시 동행	산책, 장보기, 은행, 관공서, 병원 등 방문 시 부축 또는 동행(차량 이용 포함)하고 책임 귀가
이동도움	침대에서 휠체어로 옮겨 타기, 집안내 걸기 또는 지켜보기, 보행도움, 산책	일상 업무 대행	급여대상자가 원하는 식료품 구매와 은행·관공서 업무 대행, 병원 약타오기 등
배설도움	배뇨도움, 배변도움, 지켜 보기, 기저귀교환, 필요물품 준비 및 사용물품의 정리 (방안에서)	정서지원(우애서비스)	
		말벗, 격려 및 위로	안부확인을 위한 방문, 말벗 격려
		생활상담	생활상의 문제 등 상담 및 조언
		기타 제공 서비스	위에 열거되지 않은 서비스 내용 기재