**보아스사회공헌재단 재외동포 의료서비스지원 안내**

1. **재외동포를 위한 의료지원 시행**
2. **대상: 재외동포재단법 제2조에서 정의한 재외동포와 직계가족**

|  |
| --- |
| **재외동포재단법 제2조** • 대한민국국민으로서 외국에 장기체류하거나 영주권을 취득한 자 • 국적을 불문하고 한민족의 혈통을 지닌 자로서 이국에서 거주, 생활하는 자  |

1. **시행일: 2021년 5월~**
2. **의료 서비스 항목**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **진료과목** | 안과 | □ 눈 종합검진 □ 백내장 수술 □ 라식/라섹 수술 □ 노안수술 □ 기타 |
| 치과 | □ 검진 및 스케일링 □ 사랑니발치 □ 임플란트 □ 크라운 □ 틀니 등 |
| 피부성형외과 | □ 눈, 코성형 □ 피부관리 □ 모발이식 □ 기타 |
| 정신건강의학과 | □ 정신건강검진 □ 치매검진 □ 기타 상담 |
| 산부인과 | □ 자궁근종 수술 □ 기타 |
| 정형외과 | □ 무릎 인공관절수술 □ 인대재건술 □ 기타 |
| 이비인후과 | □ 만성비염 수술 □ 축농증수술 □ 비중격 교정술 □ 기타 |
| 내과 | □ 종합건강검진 □ 암검진 □ 위, 내장 내시경 □ 위, 대장용종 제거술 |
| 기타 | \* 홈페이지에서 현재 진행중인 사업 내용 참조 |

1. **진료 신청 및 상담방법**
2. **홈페이지에서 신청서를 다운로드**
3. **카카오톡 1:1 상담**

**카카오톡채널 검색 (보아스사회공헌재단 재외동포 @boazfoundation)**

**보아스사회공헌재단 재외동포 의료 서비스 신청서**

[제1호 서식]

**Medical Services application for Overseas Koreans**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **이름 / 성****First name / Family name** |  | **국적(거주국가)****Nationality** **(country of Residency)** |  |
| **생년월일****Date of Birth (MM/DD/YY)** |  | **나이 Age ( )** **남 Male □ / 여 Female □** |
| **전화번호** **Primary phone Number** |  | **이메일** **Verify Email Address** |  |
| **주소(시 까지 작성)****Home address** **(city, State, Country)** |  |
| **보호자 또는 응급연락처****Emergency Contact** | **이름 Name :** |  | **관계****Relationship to you:** |  |
| **연락처 Contact number:**  |  |
| **입국예정일****Arrival date** |  | **출국일 departure date****체류기간 Duration of stay in Korea** |  |
| **재단을 알게된 경위****How Did you get to know Boaz Foundation?** |  |
| **현재 건강 상태** **Current health Status**  | (자세하게 써주세요 / Please write in detail) |
| **알러지 유무****Allergies** | 있음 Yes □ if yes, write in details | 없음 No □ |
| **희망 진료과목****Services to apply for** |  |
| **희망 진료병원****Hospital to apply for** |  |
| **과거병력 또는 수술이력****Past medical histories or Surgery histories** | (자세하게 써주세요 / Please write in details) |
| **한국에서 치료를 받고자 하는 이유****The reason to apply for medical services in Korea** |  |
| **기타 요구사항****Other Requests** |  |

**개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서**

[제2호 서식]

보아스사회공헌재단(이하’재단’)은 「개인정보 보호법」제 15 조 제 1 항 제 1호, 제 17 조 제 1 항 제 1 호 및 제 23 조 제 1호에 의거, 상담, 검진, 수술 지원 등 각종 서비스 제공을 위하여 아래와 같은 개인정보를 수집·이용하며, 서비스 이용과 관련된 공공기관에 동 개인정보가 제공됩니다.

|  |
| --- |
| ▶ 개인정보 수집 및 이용 동의 [고유식별정보] |
| **개인정보 수집 \* 제공 항목** | **개인정보 수집 및 이용\*제공 목적** | **개인정보 보유 및 이용기간** |
| 성명, 여권성명(영문), 생년월일, 주소, 연락처, 건강상태, 거주국가, 재외동포 의료 지원 신청서 | 의료서비스 관련 상담, 재단에 대한 연구.통계.홍보 | 상기 내용은 개인정보보호법을 기준으로 함상기 개인정보의 이용목적 소멸 시까지 보유 |

※ 상기 내용과 관련, 개인정보 수집 동의에 거부하실 수 있으며, 거부 시 각종 서비스 제공이 제한됩니다.

🞏 동의함 🞏 동의하지 않음

|  |
| --- |
| ▶ 지원 사례 공개에 대한 동의  |
| **지원 사례의 수집 및 이용 내용** | **사례 수집 및 이용 목적** | **개인정보 보유 및 이용기간** |
| 인적사항, 사진 및 정보 | 재외동포 사업 안내 및 홍보 | 상기 내용은 개인정보보호법을 기준으로 함상기 개인정보의 이용목적 소멸 시까지 보유 |

※ 귀하는 지원 사례 공개를 거부할 권리가 있으며, 거부 시 지원이 제한될 수 있습니다.

🞏 동의함 🞏 동의하지 않음

|  |
| --- |
| ▶ 개인정보의 제3자 제공 동의 [고유식별정보] |
| **개인정보를 제공받는 자** | **제공하는 개인정보의 항목** | **개인정보 이용목적** |
| 보건복지부, 뉴웨이헬스케어(외국인환자 유치법인) , 한국보건산업진흥원, 진료수행 의료기관 | 성명, 생년월일, 주소, 연락처, 건강상태, 재외동포 의료 지원 신청서, 진료소견서 (또는 진단서) | 의료 서비스 관련 상담수술비 지원재단에 대한 연구\*통계\*홍보 |

※ 상기 내용과 관련, 개인정보 수집 동의에 거부하실 수 있으며, 거부 시 각종 서비스 제공이 제한됩니다.

🞏 동의함 🞏 동의하지 않음

**※ 본인은 본 『개인정보의 수집 · 이용 · 제3자 제공 동의서』 내용을 읽고 명확히 이해하였으며, 이에 동의합니다.**

**20 년 월 일**

**신청인 (서명 또는 인)**

**대리인 (서명 또는 인)**

|  |
| --- |
| \* 대리인이 서명할 경우, 사유 기재 : |