HYUNDAI MOTOR GROUP 사랑의열매 사회복지공동모금회 경기도재활공학서비스연구지원센터

현대자동차그룹, 사회복지공동모금회가 함께하는 「이동제약 대상자를 위한 유모차형 이동보조기기 지원사업」 공고문

경기도재활공학서비스연구지원센터는 현대자동차그룹이 후원하고 사회복지공동모금회가 지원하는 「이동제약 대상자를 위한 유모차형 이동보조기기 지원사업」을 통해 이동에 어려움이 있는 장애인 및 가족의 이동권을 증진하고 안전한 야외활동 및 치료·교육 참여를 지원하려고합니다. 관심 있는 개인 및 기관의 많은 신청 바랍니다.

1. 사업 개요

1) 사업명 : 이동제약 대상자를 위한 유모차형 이동보조기기 지원사업

2) 사업기간 : 2025년 12월 ~ 2026년 7월(예정)

3) 사업목적

- 유모차형 이동보조기기 지원을 통해 이동에 어려움이 있는 자의 안전한 이동 및 자세 유지 지원
- 가정·기관·지역사회 내 야외활동 및 사회참여 확대
- 보호자의 돌봄 및 이동부담 경감과 치료·교육 접근성 향상

2. 지원 대상

구분	내용
개인	▶ 지역: 서울특별시, 경기도 거주**(공고일 기준 등본상 거주지)** ▶ 연령기준: 연령 제한 없음(영·유아, 아동·청소년, 성인 등 전 연령 신청 가능) ▶ 장애 및 의학적 기준 1. **지체 또는 뇌병변 장애로 등록 된 장애인** - 지체장애 또는 뇌병변장애로 등록되어 있고, 보행 제한 또는 자세 유지의 어려움으로 유모차형 이동보조기기가 필요하다고 인정되는 자 2. **지체·뇌병변이 아닌 다른 장애유형 등록자 중, 유모차형 이동보조기기가 필요한 경우** - 지체·뇌병변 이외의 장애유형으로 등록되어 있으나, 보행 또는 장거리 이동, 앉은 자세 유지에 어려움이 있고, 유모차형 이동보조기기의 사용 필요성이 의사 진단서 또는 소견서로 확인된 자 3. **등록장애인은 아니지만, 유모차형 이동보조기기가 필요하다고 인정되는 경우** - 선천성·희귀질환, 사고·질병 후유증, 발달지연 등으로 보행 또는 장거리 이동, 앉은 자세 유지에 어려움이 있고, 유모차형 이동보조기기의 사용 필요성이 의사 진단서 또는 소견서로 확인된 자 ▶ 신체조건(지원품목 허용 신체 사이즈) - M사이즈: 신장 120cm, 체중 50kg 이하 - L사이즈: 신장 120~150cm, 체중 50kg 이하 ▶ 우선 지원 대상 - 실내·외 이동 시 보호자에게 의존하거나, 휠체어 임시 대여 등에 지속적으로 의존하는 경우 - 기존에 사용하던 유모차형 이동보조기기, 휠체어 등이 파손·노후·신체 변화로 인해 적절하지 않은 경우 - 치료·재활, 교육(학교·기관), 병원진료, 사회활동 참여 등으로 정기적인 외출이 잦아 기기 활용도가 높은 경우
기관	▶ 지역: 서울특별시, 경기도 소재 ▶ 기관유형 - 장애전담 어린이집, 생활시설 ▶ 지원제외대상 - 구비서류 미비 기관과 신청서를 허위로 작성한 기관 - 회계부정 또는 학대·성폭력 등의 인권침해로 형사 또는 행정 처분을 받고 해당 조치가 종결되지 않은 경우

	▶ 신체조건(지원품목 허용 신체 사이즈) - M사이즈: 신장 120cm, 체중 50kg 이하 - L사이즈: 신장 120~150cm, 체중 50kg 이하 ▶ 기관 선정 시 고려사항 - 기관 이용 대상자 중 유모차형 이동보조기기 필요 인원의 규모와 긴급성 - 기기 비치 및 활용 계획의 구체성(지원 내용/공용 비치/가정 연계 등) - 안전관리 및 사후관리(기기 점검, 교육, 만족도·활용 사례 공유 등) 체계 마련 여부

3. 지원 내용

지원품목	유모차형 이동보조기기(제품명: 아이체어 프로)
지원규모	- 개인: 70명(1인당 1대 지원) - 기관: 10개 기관(1개 기관당 3대 지원, 지원 수량 변경 불가) ※ 제품옵션 모두 지원
사진	 제품 사진 제품 기능 제품 옵션
제원	사이즈 / M / L 크기 / 87×54×106cm / 87×59.5×106cm 무게 / 14.2kg / 15kg 등받이 높이 / 60cm / 72.5cm 시트너비 / 35cm / 40cm 발받침길이조절 / 23cm / 26cm 색상 / 오렌지, 블루, 블랙 등받이 각도조절 / 80~170° 발받이 각도 조절 / 90~180° 사용 신장 / 120cm 이하 / 120~150cm 최대하중 / 50kg

4. 신청 유형 및 자격

구분	내용
개인	▶ 미성년자의 경우 보호자(부모, 조부모 등 법정대리인)가 신청 가능 ▶ 중복 지원 관련: 타 공적급여 보조기기 지원사업(보건복지부 장애인 보조기기 교부사업 등)으로 이미 동일한 유형의 유모차형 이동보조기기를 지원받은 경우, 중복 지원이 제한될 수 있음
기관	▶ 기관장 명의로 신청, 기관 담당자 지정 ▶ 지원 대상자 보유 요건: 지체·뇌병변 등으로 보행 및 자세 유지에 어려움이 있는 이용자를 정기적으로 지원하고 있거나, 등록장애인이 아니더라도 유모차형 이동보조기기가 의학적·기능적으로 필요한 이용자를 일정 규모 이상 보유한 기관 ▶ 운영·관리 여건: 유모차형 이동보조기기를 안전하게 보관·관리할 수 있는 공간과 담당 인력을 갖추고 있으며, 사후관리 및 평가에 협조가 가능한 기관

5. 신청 기간 및 접수 방법

구분	접수 일정	마감일정	방법
이메일	2025.12.22.(월) ~ 2026.1.19.(월)	2026. 1. 19.(월) 도착분	1. 첨부서류(신청서 체크리스트 참고) 준비 2. 이메일 제목 : [유모차 지원사업 신청서 홍길동] 3. 이메일 발송: ater@atrac.or.kr
우편			1. 첨부서류(신청서 체크리스트 참고) 준비 2. 주소 확인 : 경기도 수원시 권선구 서수원로 130 누림센터 204호 유모차 지원사업 담당자 앞 3. 우편 발송
방문		2026. 1. 19.(월) 18:00까지	1. 첨부서류(신청서 체크리스트 참고) 준비 2. 유모차 지원사업 담당자와 일정 조율 : 070-7114-0318 / 031-295-7363 3. 조율된 일정에 맞춰 내방 신청
유의 사항	1. 신청서 및 첨부된 서류를 기반하여 심사가 진행되며, 신청서 및 첨부서류 누락 시 심사에 불이익이 발생할 수 있음 2. 담당자 상시 접수 확인하지 못하며 접수 이후 순서대로 접수 완료 안내 예정		

6. 제출서류(※미제출 시 탈락 또는 감점 사유)

구분	내용	
	지체 또는 뇌병변 장애로 등록 된 장애인	지체·뇌병변이 아닌 다른 장애유형 등록자 또는 등록장애인이 아닌 경우
개인	1. (지정양식)지원사업 신청동의서, 신청서, 개인정보수집이용 동의서(개인용) 2. 장애인등록증 또는 복지카드(앞뒤) 사본 3. 주민등록등본(가족 모두가 등재된 것) 4. 25년 1월 ~ 25년 11월의 건강보험료 납부확인서(해당자) 5. 국민기초생활보장 수급자/차상위 증명서(해당자)	1. (지정양식)지원사업 신청동의서, 신청서, 개인정보수집이용 동의서(개인용) 2. 의사 진단서 또는 소견서(관련 질병 및 유모차형 이동보조기기 필요성 명시) 3. 주민등록등본(가족 모두가 등재된 것) 4. 25년 1월 ~ 25년 11월의 건강보험료 납부확인서(해당자) 5. 국민기초생활보장 수급자/차상위 증명서(해당자)
기관	1. (지정양식)지원사업 신청동의서, 신청서, 개인정보수집이용 동의서(기관용) 2. 사업자등록증 또는 고유번호증 사본 3. 설립허가증(법인-법인설립허가증, 비영리 민간단체-민간단체 설립허가증 또는 신고증) 4. (지정양식)신청기관 신뢰성 점검표 5. 기관소개자료 또는 리플릿(해당 시)	

7. 사업일정

<table>
<tr><th>구분</th><th>일정</th><th colspan="2">개인</th><th>기관</th></tr>
<tr><td>신청·접수</td><td>2025.12.22.(월) ~
2026.1.19.(월)</td><td colspan="3"><table><tr><td>구분</td><td>일정</td><td>시간</td></tr><tr><td>우편 및 이메일</td><td rowspan="2">2026. 1. 19.(월)</td><td>도착분</td></tr><tr><td>방문</td><td>18:00</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>서류결과발표</td><td>2026.2.6.(금)</td><td colspan="2">신청자 전원 문자 발송 및
홈페이지 공지</td><td></td></tr>
<tr><td>현장평가</td><td>2026.2.11.(수) ~
2026.3.13.(금)</td><td colspan="2">현장평가 담당자와 일정
조율하여 대면 평가 진행</td><td></td></tr>
<tr><td>최종대상자발표</td><td>2026.3.27.(금)</td><td colspan="2">현장평가 대상자 전원 문자
발송 및 홈페이지 공지</td><td>서류신청기관 전원 문자 발송
및 홈페이지 공지</td></tr>
<tr><td>기기 지원 및
사용자 훈련</td><td>2026.5.11.(월) ~
2026.6.19.(금)</td><td colspan="3">기기 지원 안전한 사용을 위한 대면 훈련 진행</td></tr>
<tr><td>만족도조사</td><td>2026.6.22.(월) ~
2026.7.10.(금)</td><td colspan="3">온라인 만족도 조사 진행(비대면)</td></tr>
</table>

※기관 신청의 경우 현장평가 없이 서류심사로만 최종 지원대상자 발표 예정

※상기 일정은 사업 추진 상황 및 관련 제반 일정에 따라 변경될 수 있습니다.

8. 유의사항

- 신청 내용이 사실과 다르거나, 서류의 허위·위조 등이 확인될 경우 선정이 취소될 수 있습니다.
- 중복 지원 방지를 위해 현장평가에서 타 보조기기 지원사업 이력 및 미신청 사유에 대해 확인할 수 있습니다.
- 원활한 사업진행을 위해 필수적인 일정조율(현장평가, 최종기기 지원, 만족도 지원 등)에 최대한 협조해주시길 바랍니다.
- 본 사업을 통해 지원된 보조기기는 타인에게 양도·대여·매매할 수 없으며, 사용하지 않을 시에는 방치 또는 임의처분하지 않고 사업 수행 기관에 우선 연락 요청드립니다.
- 제출된 서류는 반환되지 않습니다.

9. 문의처

- 경기도재활공학서비스연구지원센터 임상AT팀
- 전화: 070-7114-0318 / 031-295-7363
- 이메일: ater@atrac.or.kr
- 주소: 경기도 수원시 권선구 서수원로 130, 누림센터 204호 경기도재활공학서비스연구지원센터