

2025년 대한에이즈예방협회 국가에이즈관리사업 안내

사단법인 대한에이즈예방협회는 국민건강증진기금 민간경상보조의 일환으로 전국 HIV/AIDS 감염인 대상으로 「HIV 감염인 지원 사업」을 시행합니다.

HIV 감염인 지원사업

- 재가 통합 돌봄 지원(서울, 경기)
- 병원 진료 동행(서울, 경기)
- 재가 물품 지원(서울, 경기)
- 레드리본센터(지원센터) 이용
- 요양병원 입원 환자 간병비, 감염관리비 지원(전국)
- 감염인 무료 간병 지원(전국)

■ HIV 감염인 지원사업

1. 재가복지 지원서비스

- 심리 및 정서적으로 어려움을 겪고 있는 HIV 감염인에게 통합돌봄지원, 병원 진료동행, 물품지원 등의 서비스 지원

1) 재가 통합돌봄 지원

- 서울, 인천, 경기 거주자 중 건강 상태가 현저히 악화된 대상자 가정방문 지원
 - 지원내용: 건강상태에 따라 주 1~5회 1일 2~4시간 지원
 - 지원종류: 가사지원, 정서지지, 진료동행, 투약정보제공, 행정지원, 방문상담, 지역자원 연계
 - 지원방법: 요양보호사 교대 방문 지원

2) 병원 진료 동행

- 서울, 인천, 경기 거주자 중 거동이 불편하거나 정신적 어려움 등으로 혼자서 병원에 가기 어려운 감염인
 - 지원 내용: 진료 예약, 병원 내 수납 및 진료 동행, 병원 입퇴원 지원, 진료실 동행, 병원 이용 중 약국 동행 등 전반적인 동행 서비스 지원
 - 지원 방법: 차량 및 대중교통을 이용하여 병원 동행 실시

3) 물품 지원

- 서울, 인천, 경기지역 거주자 중 경제력을 상실하여 일상생활에 어려움을 겪는 감염인 누구나
 - 서비스 지원: 신청서 접수 후 사업담당자 실태 조사 후 대상자 선정 회의를 거쳐 지원 여부 결정
 - 지원 내용: 월 1회 50,000원 상당의 반찬 및 생필품 지원
 - 지원 방법: 요양보호사 가정 방문하여 전달

2. 레드리본센터 운영

- 건강 정보, 여가/취미활동 및 교육 장소로 활용, 프로그램 운영
 - 대상: HIV 감염인, 감염인 단체 온/오프라인 회원 등 누구나 이용 가능
 - 이용 시간: 연중 월~금 9시~18시

3. 간병 지원

1) 전국 요양병원 입원자 간병비 및 감염 관리비 지원

- 전국 요양병원에 입원 중인 환자의 경제적 부담 경감을 위해 간병비 지원, 의료 기관에 감염 관리비 지원
 - 간병비 지원
 - 지원 대상: 국민기초생활수급 의료보호 1종, 2종 취득자
 - 지원 요청 방법: 본인, 보호자 또는 요양병원 관계자가 신청서 접수
 - 지원 내용: 지원 대상 기준으로 차등 지원

지원 기준	지원 금액
의료보호 1종	410,000원
의료보호 2종	300,000원

- 감염관리비 지원

- 지원 대상: HIV/AIDS 환자가 입원 중인 전국 요양병원
- 지원 요청 방법: 요양병원 관계자가 신청서 접수
- 지원 내용: 입원 환자 규모에 따라 차등 지원

지원 기준	지원 금액
입원 환자 20명 미만	환자 1인당 100,000원
입원 환자 20명 이상	환자 1인당 50,000원

2) 일반 급성기 환자 무료 간병 지원

- 전국의료기관 입원 환자 중 가족 또는 주위의 도움을 받을 수 없는 경우 무료 간병인 파견
 - 간병 지원 신청: 상담간호사, 의료진 또는 사회사업팀을 통해 간병 신청
(관련 서류 없을 시 유선 연락)
 - 지원
 - 신청서 접수 → 실태 조사 → 간병인 파견
 - 서울, 경기 외 지역은 보호자 또는 의료기관에서 요양보호사 섭외 후 서류 제출
 - 사업 기간: 연중

■ 기타 문의 및 신청

전화번호: 02-861-4114, 팩스번호: 02-859-5440

(사) 대한에이즈예방협회 사무국

2. 감염관리비 지원신청서

감염관리비 지원신청서				
신청인	성명 (직위)		연락처	Tel : H.P :
신청기관	의료 기관명		기관코드	
	대표자명		연락처	Tel :
	주소			
입원환자 정보	성명	입원 기간		
		입원일 : . . .~ . . .		
		입원일 : . . .~ . . .		
		입원일 : . . .~ . . .		
		입원일 : . . .~ . . .		
		입원일 : . . .~ . . .		
		입원일 : . . .~ . . .		
		입원일 : . . .~ . . .		
		입원일 : . . .~ . . .		
은행 정보	은행명 :	계좌번호 :	예금주 :	
환수·환급 안내 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	환수조치 시 동의	동의자 : (서명)	
<p>위와 같이(월) 감염관리비를 신청합니다.</p> <p>20 년 월 일 (병원 직인)</p> <p>대한에이즈예방협회장 귀하</p>				
신청자 제출서류				
<p>① 감염관리비 지원 신청서류 1부</p> <p>② 통장사본 1부</p> <p>③ 입퇴원확인서 1부(입원/퇴원 기간 명시)</p>				

3. 간병지원신청서

간 병 지 원 신 청 서

귀 협회가 HIV 감염인/AIDS 환자의 복지증진을 위하여 실시하고 있는 간병 프로그램에 아래와 같이 간병인 파견을 요청합니다.

성명			성별	남, 여	연령	세	
장소	기관명		_____ (병동 호)				
	소재지주소						
주요 진단명	1.						
	2.						
상태	최초 진단일		검사일		CD4		HIV-RNA
	동반 격리질환 (결핵, VRE 등) _____						
신청 사유 (건강 문제 상세히 기술)							

20 년 월 일

신청인 또는 기관명:

전화번호:

담당 부서:

담당자:

서명:

(인)

(사)대 한 에 이 즈 예 방 협 회 귀중