

손자녀가족돌보미 모집 안내

손자녀가족돌보미 지원사업의 지원 대상이 확대됨에 따라, '25년도 손자녀가족돌보미 수시모집 안내하고자 합니다.

2025년 손자녀가족돌보미사업 확대에 따른 수시모집

1. 모집인원 : 예산 범위 내

2. 모집기간 : 2025. 7. 21 . ~ 11. 30

3. 신청자격

1) 손자녀(6세 이하)를 돌보는 70세 이하 **(외)조부모를 포함한 4촌이내 친인척**

2) **2자녀 이상인** 맞벌이 가정 혹은 한 부모 가정

3) **가구 중위 소득 150% 이하인 세대**

- 손자녀 : **2019년 1월 1일**이후의 출생자, 미취학 아동(2025년 기준)

- 휴직자(육아 휴직 등)는 휴직 기간과 무관하게 미취업자로 구분.

단, 출산휴가 중인 자는 출산휴가 기간 동안을 취업 기간으로 인정

- 70세 이상 희망자가 있을 경우 선정위원회의 심의를 거쳐 결정

- 손자녀의 부모와 조부모가 광주에 주민등록을 두면서 실제 거주하며, 아동과 아동 부모 중 1명은 아동과 등재되어 있어야 함

※ 정부 "**아이돌보미서비스**"와 중복 지원 불가

4) **서비스 이용기간 : 최대 3년 ※ 개월 수가 아닌 연단위로 산정함**

※ 연 단위 사업으로 '25. 7월부터 수시모집자들은 서비스 이용기간 1년으로 산정됨.

5) **돌봄수당 : 월20만원 (1일 4시간 이상 돌봄 원칙)**

※ 손자녀가족돌보미 사업 확대에 따라 돌봄수당은 월 20만원으로 조정되었으며, 이는 정기모집으로 선정된 손자녀가족돌보미도 해당됨.

※ 지원대상 확대에 따른 수시모집으로 '25. 7월부터 수시모집으로 선정된 대상자들은 '25. 8월 ~ 12월(5개월) 돌봄수당 지급함.

※※※ 위 자격이 모두 일치 해야 함

6) **접수방법** : 메일, 팩스, 방문, 우편 접수 가능

※ FAX : 062-363-9403

※ Email : cow9401@daum.net

※ 주소 : 광주광역시 서구 경열로 24 여성단체회관 3층 (서구청 맞은편)
평일 오전 9시 30분~오후 4시 30분(점심시간12시~13시)

※ 원활하고 신속한 서비스 지원을 위해 **서류는 완벽히 갖춰 일괄 접수**해 주시기를 간곡히 부탁드립니다.

4. 지원신청 구비서류(최근 3개월 서류만 인정됨)

1) 지원신청서: 손자녀가족돌보미 신청서(서식1),
손자녀가족돌보미 서약서(서식4)

※ 서식 제목 아래 파일 클릭 후 다운로드!

2) 건강보험카드 사본(부부 별도 등록 시 모두 제출)

※ 대체 서류 : 국민건강보험 홈페이지 '건강보험 자격 확인서'

★**국민건강보험공단(nhis.or.kr)**: 메뉴→ 민원서비스→서비스찾기→ 자격 확인서 발급하기 클릭

3) 주민등록등본 제출

※ 주민등록번호가 뒷자리까지 모두 나와야 함 (중복 지원 확인을 위함)

4) 가족관계 증명서 제출 1부

※ 조부모 부부, 손자녀가 주민등록등본상으로 확인이 안 되는 경우

※ 사촌 친인척과 부부, 손자녀 가족관계 증빙 제출

5) 소득 증명 자료 : 부부 각각 제출(7. 소득 판별 참고)

- 최근 3개월 건강보험료 납부 확인서 또는 근로소득원천징수부나최근 3개월 월급명세서 중 택1

* 건강보험 납부확인서 : 국민건강보험(nhis.or.kr): 민원서비스→서비스찾기→ 보험료 납부확인서

- 자영업자 : 사업자등록증 추가 제출

6) 소득 판별

1) 지원 대상 판- 취업증명과 소득 합산(맞벌이 감경 합산)

2) 맞벌이 가구 판별 기준

- 부부가 둘 다 직장보험 가입자 또는 각각 개별사업을 영위하는 지역가입자인 경우

- 부부 중 일인은 직장가입자이고 다른 한명은 자영업을 하는 지역가입자인 경우

- 두 사람이 공동으로 자영업을 하는 경우(사업자등록증이 배우자 한 사람 명의로 되어 있는 경우 방문조사, 재직증명서 제출등으로 사실 확인되면 맞벌이 가정으로 인정)
- 일용직 근로, 시간제 근로자인 경우에도 맞벌이로 인정됨 (단, 국세청 일용직 근로자 지급명세서,급 여명세서, 통장사본 등자신의 근로상황을 증빙할 수 있는 자료 제출 시)
- 부부가 농업 종사자로 방문 조사 결과 사실 확인이 되는 경우

3) 소득판별 기준

- 가족 수.가입 유형별 건강보험료 본인 부담 금액을 토대로 판정
- 매월 건강보험료가 변동되는 경우(예:군인)는 신청 월 직전 1년간 납부한 건강보험료를 평균하여 산정

문의: 광주여성단체협의회
전화: 062) 363-9401~2
FAX: 363-9403
문자: 062-363-9404
Email : cow9401@daum.net

※ 구비서류가 완벽하게 갖춰지지 않은 경우 서류 접수가 불가합니다.



광주광역시여성단체협의회

Gwang Ju Council of Women