

2026년 하반기 지역사회서비스투자사업 신규모집 공고

2026년 하반기 지역사회서비스투자사업(우리아이심리지원서비스)의 신규 이용자를 아래와 같이 모집합니다.

2026년 7월 20일

고양시

1. 모집기간: 2026. 8. 3.(월) ~ 2026. 8. 7.(금)

2. 모집분야 및 모집인원

서비스명	모집인원	서비스 내용
우리아이심리지원서비스	약 140	심리·행동 문제를 조기 발견하여, 놀이·언어·인지 등 전문가의 개입을 통한 아동·청소년의 심리적 안정감, 인지발달 등 건강한 성장을 지원

3. 이용기간: 2026. 9. ~ 2027. 8.(12개월)

4. 신청방법: 주민등록상 거주지 동 행정복지센터 방문 신청(신분증 및 구비서류 지참)

5. 선정결과통보: 2026. 8. 25.(화) 이후 등기우편 발송 예정

6. 구비서류 ※모든 제출서류는 신청일 기준 6개월 이내 발급된 것만 인정, 발급일자•기관직인•평가자 자격사항 등이 명시 되어있어야 함.

① 신청인 신분증

② 대상자가 등재된 건강보험증(건강보험료자격확인서)

③ 신청 월 직전 12개월 건강보험료 납부확인서

(건강보험료 납부확인서의 경우, 전산확인 가능한 경우 생략가능하나, 확인 불가시 서류 추가 요청할 수 있음.)

<아래 ① ~ ⑥ 중 1가지 제출>

① 드림스타트, 정신건강복지센터, 아동보호전문기관, 청소년상담복지센터, 시군통합사례관리 (희망복지지원단 또는 무한돌봄센터) 서비스 연계 의뢰자의 추천공문 또는 추천서

② 3개월 이상 문제행동 약물치료 관련 의료기록, 의사 소견서 등

③ 의사진단서 또는 소견서 ※ 소아과, 소아청소년과, 정신건강의학과, 이비인후과, 재활의학과로 한함.

※ 우선순위는 진단서만 해당 됨.

④ 학교장, 정교사, 전문상담교사, 보건교사 추천서

(심리정서, 문제행동 등의 고위험군 또는 경계선 아동으로 학교에서 관리하고 있거나 전력이 있는 경우에 한함)

⑤ Wee센터(Wee클래스) 추천서

(심리정서, 문제행동 등의 고위험군 또는 경계선 아동으로 Wee센터(Wee클래스)에서 관리하고 있거나 전력이 있는 경우에 한함)

⑥ 정신건강임상심리사, 임상심리사, 청소년상담사(1,2급), 언어재활사(1급) 소견서+임상심리평가결과지

※ 언어재활사는 언어평가 관련 검사도구 사용

※ 중복제한

「장애아동발달재활 서비스」 및 「보완대체의사소통(AAC) 기기 활용 중재서비스」,
「우리가족통합심리지원서비스」, 「정신건강 심리상담 바우처」

▶ 임상심리평가 검사도구 안내

- 임상심리평가는 부모보고 검사도구와 전문가보고 검사도구를 각각 필수로 하나를 선택하여 시행하여야 함.
- 부모보고 검사도구는 K-CBCL, K-ARS, RCMAS, K-PRC, K-CYP, PRES, SELSI, KPI-C, MMPI(다면적 인성검사) 중 하나를 필수로 선택하고,
- 전문가보고 검사도구는 K-WISC-IV, K-WISC-V 지능검사, K-WPPSI-4, K-WAIS, K-ABC2, k-ctoni-2, ADHD 평정척도, CDI, MMPI, HTP, SCT, RCMAS, SMS, K-RPC, KFD 중 하나를 필수로 선택하여야 함.
- 검사결과는 절단점이나 백분위를 기준으로 종합적으로 판단하되 전문적 개입의 필요성이 높은 아동·청소년임이 확인되어야 함.

※언어평가도구는 SELSI, K M-B CDI, PRES, LSSC, REVT, U-TAP, U-TAP2, APAC, P-FA, P-FA2, KOLRA 중 하나를 필수로 선택하여 실시함.

(부모보고(SELSI, K M-B CDI) 검사 시 객관적 판단을 위해 관찰평가 포함하여 실시)

7. 선정기준: 연령기준을 충족해야 하며, 우선순위에 따라 이용자 선정(증빙서류 제출)

우선순위

- 1순위: 드림스타트, 정신건강복지센터, 아동보호전문기관, 청소년상담복지센터, 시군 통합사례관리(희망복지지원단 또는 무한돌봄센터) 서비스 연계 의뢰자
 - 2순위: 문제행동 관련 약물치료 3개월 이상인 자
 - 3순위: 의사 진단서 제출자
 - 4순위: 법정한부모(한부모가족증명서 증빙), 다문화가정, 조손가정의 아동, 가정위탁아동
 - 5순위: 「초·중등교육법」 제21조에 따른 학교장 또는 정교사 또는 전문상담교사 또는 보건교사의 추천자
 - 6순위: Wee센터(Wee클래스) 추천자
 - 7순위: 지역사회서비스투자사업을 생애 최초로 신청하는 아동
 - 8순위: 우리아이심리지원서비스를 생애 최초로 신청하는 아동
 - 9순위: 기초생활수급자
 - 10순위: 차상위계층
 - 11순위: 등록 장애인(지체, 정신, 신장, 심장, 호흡기, 간장, 안면, 장루 및 요루, 간질)
- 그 외: 연령순 (출생연도가 빠른 자 우선)

8. 문의

- 고양시민원콜센터(☎031-909-9000)
- 고양시 장애인복지과(☎031-8075-3652)
- 동 행정복지센터 지역사회서비스투자사업 담당자

참고

적용 연령 출생기준 연도표 (2026년 기준)

연령	출생연도	연령	출생연도	연령	출생연도
만 1 세	2025년생	만 36세	1990년생	만 71세	1955년생
만 2 세	2024년생	만 37세	1989년생	만 72세	1954년생
만 3 세	2023년생	만 38세	1988년생	만 73세	1953년생
만 4 세	2022년생	만 39세	1987년생	만 74세	1952년생
만 5 세	2021년생	만 40세	1986년생	만 75세	1951년생
만 6 세	2020년생	만 41세	1985년생	만 76세	1950년생
만 7 세	2019년생	만 42세	1984년생	만 77세	1949년생
만 8 세	2018년생	만 43세	1983년생	만 78세	1948년생
만 9 세	2017년생	만 44세	1982년생	만 79세	1947년생
만 10세	2016년생	만 45세	1981년생	만 80세	1946년생
만 11세	2015년생	만 46세	1980년생	만 81세	1945년생
만 12세	2014년생	만 47세	1979년생	만 82세	1944년생
만 13세	2013년생	만 48세	1978년생	만 83세	1943년생
만 14세	2012년생	만 49세	1977년생	만 84세	1942년생
만 15세	2011년생	만 50세	1976년생	만 85세	1941년생
만 16세	2010년생	만 51세	1975년생	만 86세	1940년생
만 17세	2009년생	만 52세	1974년생	만 87세	1939년생
만 18세	2008년생	만 53세	1973년생	만 88세	1938년생
만 19세	2007년생	만 54세	1972년생	만 89세	1937년생
만 20세	2006년생	만 55세	1971년생	만 90세	1936년생
만 21세	2005년생	만 56세	1970년생	만 91세	1935년생
만 22세	2004년생	만 57세	1969년생	만 92세	1934년생
만 23세	2003년생	만 58세	1968년생	만 93세	1933년생
만 24세	2002년생	만 59세	1967년생	만 94세	1932년생
만 25세	2001년생	만 60세	1966년생	만 95세	1931년생
만 26세	2000년생	만 61세	1965년생	만 96세	1930년생
만 27세	1999년생	만 62세	1964년생	만 97세	1929년생
만 28세	1998년생	만 63세	1963년생	만 98세	1928년생
만 29세	1997년생	만 64세	1962년생	만 99세	1927년생
만 30세	1996년생	만 65세	1961년생	만 100세	1926년생
만 31세	1995년생	만 66세	1960년생	만 101세	1925년생
만 32세	1994년생	만 67세	1959년생	만 102세	1924년생
만 33세	1993년생	만 68세	1958년생	만 103세	1923년생
만 34세	1992년생	만 69세	1957년생	만 104세	1922년생
만 35세	1991년생	만 70세	1956년생	만 105세	1921년생

※ 상기 기준은 사업종류가 매우 다양한 지역사회서비스투자사업의 행정 효율성을 높이기 위해 마련되었으며, 다른 복지사업 및 사회서비스에는 적용되지 않음

참고3

우리아이심리지원서비스 추천서 및 소견서

[공통서식 12]

[우리아이심리지원서비스 추천서]

신청자 정보					
이름		생년월일		성별 (○체크)	여 남
연령	만 세	학년		보호자 이름	
추천내용					
신청자의 특성	※ 다음 중 신청자의 욕구에 해당하는 항목에 체크하세요(중복 ☑ 체크 가능) ☐ ① 주의력결핍 및 과잉행동장애 ☐ ② 정서적 어려움: 불안, 우울, 공포, 불안정 애착 ☐ ③ 사회성결여: 사회적 위축, 자기표현 및 대인관계의 어려움 ☐ ④ 발달장애 경계 1: 언어문제 ☐ ④ 발달장애 경계 2: 인지문제 ☐ ⑤ 반항, 품행장애, 비행 등 ☐ ⑥ 기타 (그 밖의 문제행동:)				
추천사유					
판단근거 (추천이 필요 하다고 판단되 는 요인)	- 관찰내용, 검사결과 등 기술				
추천자 의견	- 인지·언어적, 정서적, 행동적, 또래관계 등 서비스 관련 신청자 특성 - 서비스 지원이 필요한 분야 등 상세의견 기재				
추천자 정보					
기관명			기관연락처		
기관주소					
작성자이름			직급 또는 자격		

위의 내용이 사실임을 증명하며, 해당자를 우리아이심리지원서비스 대상자로 추천합니다.

20 년 월 일

추천인: _____ (인)

[우리아이심리지원서비스 소견서]

신청자 정보																								
이름		생년월일		성별 (○체크)	여 남																			
연령	만 세	학년		보호자 이름																				
소견요약																								
신청자의 특성	※ 다음 중 신청자의 욕구에 해당하는 항목에 체크하세요(중복 ☒ 체크 가능) ☐ ① 주의력결핍 및 과잉행동장애 ☐ ② 정서적 어려움: 불안, 우울, 공포, 불안정 애착 ☐ ③ 사회성결여: 사회적 위축, 자기표현 및 대인관계의 어려움 ☐ ④ 발달장애 경계 1: 언어문제 ☐ ④ 발달장애 경계 2: 인지문제 ☐ ⑤ 반항, 품행장애, 비행 등 ☐ ⑥ 기타 (그 밖의 문제행동:)																							
사용한 검사도구 (추가 가능)	검사도구		정상범위/백분위	평가결과 (점수)	참고점수 (하위적도의 점수)																			
	부모 보고																							
	전문가 보고																							
평가소견	(소견 및 치료의 주관적 서술)																							
	(소견 및 치료의 주관적 평가: 해당되는 번호에 ☒ 체크)																							
	<table><tr><td>①</td><td>②</td><td>③</td><td>④</td><td>⑤</td><td>⑥</td><td>⑦</td><td>⑧</td><td>⑨</td><td>⑩</td></tr><tr><td colspan="5">← 심각</td><td colspan="5">양호 →</td></tr></table>					①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	← 심각					양호 →			
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩															
← 심각					양호 →																			
검사기관 정보																								
기관명			기관연락처																					
기관주소																								
작성자이름			작성자 연락처																					
작성자 자격명			작성자 자격번호																					

위의 소견이 사실임을 증명합니다.

20 년 월 일

작성자: _____ (인)