

**Benefício para Despesas de Serviços de Atendimento a Crianças com Deficiência /
Benefício para Apoio à Consulta de Crianças com Deficiência
Formulário de Solicitação de Concessão**

(Formulário conjunto de solicitação de redução ou isenção da coparticipação do usuário e notificação de solicitação de apoio à consulta para crianças com deficiência)

(Destinatário) Diretor do Departamento de Assistência Social do Município de Komaki

Apresento a solicitação conforme descrito a seguir. Para fins de decisão desta solicitação, autorizo a realização de investigação, consulta e verificação das informações fiscais do meu domicílio e da situação de recebimento de assistência social. Data da solicitação Reiwa ano **8** mês **4** dia **1**

requerente	フリガナ	コマキ タロウ		Data de nascimento	Taisho Showa ano 3 mês 1 dia 1 Heisei Reiwa		
	Nome	Komaki Taro My Number : 111111111111					
	Endereço	〒 485-8650 Komaki-Shi Horinouchi 3-1 Telefone 0568-76-1127					
Nome da criança relacionada à solicitação de benefício	フリガナ	コマキ ショウタロウ		Data de nascimento	Heisei Reiwa Ano 5 mês 1 dia 1		
		Komaki Shotaro My Number : 333333333333			Grau de parentesco filho		
Número da Carteira de Pessoa com Deficiência Física		Número da Carteira de Pessoa com Deficiência Intelectual		Número da Carteira de Saúde e Bem-estar para Pessoa com deficiência mental/psíquica		Nome da Doença	

Situação de utilização dos serviços	Serviços relacionados ao bem-estar social para pessoas com deficiência	Tipos e conteúdos dos serviços atualmente utilizados	
Apoio solicitado	Tipo de Apoio		Descrição detalhada do conteúdo da solicitação: (Para cada serviço, informar o conteúdo do pedido de utilização e a data desejada para início do uso) (No caso de consulta/apoio para criança com deficiência, informar o nome da instituição)
	☒ Apoio ao desenvolvimento infantil (exceto os serviços que envolvam tratamento destinado a crianças com deficiência física)		Serviço de apoio ao desenvolvimento infantil: 23 dias por mês
	☐ Serviço de apoio ao desenvolvimento infantil (limitado aos serviços que realizam tratamento para crianças com deficiência física)		
	☐ Serviço de atividades pós-escola para crianças com deficiência		
	☐ Serviço de apoio por visita a creches, escolas ou instituições equivalentes		
☒ Serviço de apoio e orientação para crianças com deficiência		Serviço de apoio e orientação para crianças com deficiência – [Nome da entidade/instituição]	

Declaro que, para fins de decisão referente a esta solicitação (ou comunicação), autorizo que os servidores do Escritório de Assistência Social do Município de Komaki realizem investigação, consulta e verificação, por meio de registros públicos e demais documentos oficiais, das informações fiscais do meu núcleo familiar, bem como da situação de recebimento de benefícios de assistência social (proteção social).

Declaro ainda que, quando necessário para a elaboração do Plano de Utilização de Serviços de Apoio à Criança com Deficiência ou do Plano de Atendimento em Serviços de Frequência Diária, autorizo que o Escritório de Assistência Social do Município de Komaki apresente, no todo ou em parte, o conteúdo da manifestação de intenção referente à utilização dos serviços de frequência diária e o parecer médico aos prestadores de serviços designados de apoio e orientação para crianças com deficiência, aos prestadores de serviços de frequência diária ou às pessoas responsáveis pelas instituições de acolhimento de crianças com deficiência.

Nome do requerente (responsável): **Komaki Taro**

Médico responsável(※)	Nome do médico responsável		Nome da instituição médica	
	Endereço	〒 Telefone		

Tipo de redução ou isenção solicitada	☐ I Reconhecimento referente ao limite máximo mensal de coparticipação Solicito a aplicação da categoria indicada abaixo. (Marque com um círculo a opção aplicável. Caso nenhuma se aplique, deixe em branco.) 1. Família beneficiária de assistência social (proteção à subsistência) 2. Pessoa pertencente a família isenta de imposto municipal (baixa renda) 3. Pessoa pertencente a família contribuinte de imposto municipal
	☐ II Reconhecimento referente à medida de redução para famílias com múltiplos filhos Solicito a aplicação da categoria indicada abaixo. (Marque com um círculo a opção correspondente.) 1. Pessoa enquadrada como segundo filho 2. Pessoa enquadrada como terceiro filho ou posterior ※ Será necessária a apresentação de comprovante de matrícula ou frequência escolar, ou documento equivalente.
	☐ III Reconhecimento referente às medidas de prevenção da transição para a assistência social (Medidas de redução/isenção da contribuição do usuário e medidas excepcionais de benefício complementar) Solicito a aplicação das medidas de prevenção da transição para a assistência social: (☐ Medidas de redução/isenção da contribuição do usuário ☐ medidas excepcionais de benefício complementar) ※ Será necessária a apresentação do Certificado de Pessoa em Situação Limítrofe, emitido pelo Escritório de Assistência Social.

Em todos os casos, a solicitação deverá ser apresentada com a documentação que comprove os fatos declarados.

Pessoa que apresenta o requerimento	☒ O próprio requerente ☐ Pessoa diferente do próprio solicitante (preencher no campo abaixo)		
Nome		Relação com o requerente	
Endereço	〒 Telefone		