

①

Formulario de solicitud de beneficios (cuidados, entrenamiento, Apoyo especializado y consulta comunitaria) y solicitud de reducción /exención de la contribución del usuario

Al Director de Asistencia Social de la Ciudad de Komaki,

Presento la siguiente solicitud. Para la resolución de esta solicitud, autorizo que se investiguen, consulten y consulten la información fiscal de mi familia así como la situación relativa a la percepción de beneficios.

Fecha de solicitud Reiwa 8 año 4 mes 1 día

Solicitante	Furigana	コマキ タロウ		My Number	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Nombre	KOMAKI TARO		Fecha de Nacimiento	Taisho Showa Heisei Reiwa 3 año 1 mes 1 día												
	Dirección	〒485-8650 Komaki shi Horinouchi 3 choume 1 banchi Teléfono 0568-76-1127															
Furigana				My Number													
Nombre del niño que va a solicitar el beneficio				Fecha de Nacimiento	Heisei Reiwa Año__mes__día__												
				Relación													
Número del carnet de discapacidad física	Prov.Aichi 11111 Categoría 1 grado 1	Número del carnet de discapacidad intelectual		Número del carnet de Salud y Bienestar para personas con discapacidad mental				Nombre de la enfermedad									
Recebe la pensión básica por discapacidad (grado 1) ((aplicable solo a los solicitantes de los Servicios de Apoyo a la continuidad laboral)) Sí · No																	

Situación de uso de los	Servicios de Bienestar Social para discapacitados	Reconocimiento (certificación) del grado de discapacidad	☒ sí ☐ no	Categoría 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6	Período de validez	Reiwa 6 año 1 mes 1 día ~Reiwa 8 año 12 mes 31 día
	Tipos e contenido de los Servicios actualmente utilizados					
	Seguro de Asistencia	Reconocimiento de la necesidad de asistencia	☐ sí ☒ no	Grado de necesidad de cuidados	Necesidad de Apoyo 1 2 · Necesidad de Asistencia 1 2 3 4 5	Tipo y contenido de los Servicios utilizados actualmente

S e r v i c i o s s o l i c i t a d o s	Categoría	Tipo de servicio		Descripción detallada del contenido
		Beneficios para cuidados	Beneficios para entrenamiento	
Servicios en casa		☒ Asistencia en casa	☐ Apoyo para la estabilidad laboral	Apoyo en casa (cuidados personales) 5 horas /mes
		☐ Atención intensiva en casa	☐ Apoyo a la vida independiente	
		☐ Acompañamiento y Apoyo para la movilización	☐ Apoyo a la selección de empleo	
		☐ Apoyo al comportamiento		
		☐ Apoyo integral a personas con discapacidad grave,		
Servicios de Entrenamiento y de Apoyo al empleo Servicios de actividades diurnas		☐ Hospitalización corta	☐ Entrenamiento para la autonomía (Entrenamiento funcional)	
		☐ Servicios de cuidados médicos	☐ Entrenamiento para la autonomía (Entrenamiento de la vida diaria)	
		☐ Servicios de asistencia a la vida diaria	☐ Entrenamiento con estadía para la autonomía	
			☐ Apoyo a la transición para el empleo	
			☐ Apoyo para ingreso al empleo (institución formadora)	
Vivienda		☐ Apoyo continuo al empleo - Tipo A	☐ Apoyo continuo al empleo - Tipo B	
		☐ Apoyo para vivir en instituciones	☐ Apoyo a la vida en grupo (Residencia en grupo)	
		☐ Apoyo de transición para la vida		
Asistencia en la consulta con la comunidad		☐ Apoyo para permanecer en la		

En caso de que sea necesario para elaborar un plan de uso de servicios o un plan de apoyo individualizado, acepto que la ciudad de Komaki facilite a las personas relacionadas con los proveedores de apoyo de asesoramiento específicos designados, los proveedores de servicios de bienestar para personas con discapacidad designados, los centros de apoyo a personas con discapacidad designados o los proveedores de apoyo de asesoramiento general designados, la totalidad o parte del contenido de la evaluación de certificación y la encuesta de situación general relativas a la clasificación de apoyo a personas con discapacidad, el contenido de la consulta sobre las preferencias de uso de servicios, los resultados y opiniones

de la comisión de evaluación municipal, así como el informe médico.

Nombre del solicitante Komaki Tarou

Médico responsable	Nombre del médico responsable		Nombre de institución médica	
	Dirección	Teléfono		

(※) El espacio de “médico responsable” debe ser llenado en caso de solicitud de beneficios para cuidados o de Entrenamiento (limitados a los casos relacionados a asistencia en hogares de grupo, cuando haya solicitud de Servicios de cuidados como baño, higiene/excreciones o alimentación, así como cuando haya solicitud de uso de establecimiento designado de asistencia en hogares de grupo con apoyo para Servicios diurnos), o en los casos de solicitud de apoyo a la transición a la comunidad (limitado a personas recluidas en hospitales psiquiátricos, incluyendo hospitales no psiquiátricos que tengan enfermería psiquiátrica).

Tipo de reducción o exención solicitada	☐ I Reconocimiento referente al límite máximo mensual de la cuota Solicito la aplicación de la categoría indicada abajo. (Marque con ○ la opción que aplique. En caso que ninguna se aplique, dejar en blanco.) 1. Familia beneficiaria de asistencia social 2. Persona de familia exenta del impuesto municipal (※) ※ En el caso de utilización de Servicios de cuidados médicos, señale también una de las opciones de abajo: ① Persona cuya renta total (suma de los rendimientos y jubilación básica por discapacidad, etc.) sea hasta 809.000 yenes ② Persona que no se encuadra en la condición ① 3. Persona perteneciente a familias contribuyentes del impuesto municipal (Persona con discapacidad.: renta inferior a 160.000 yenes / Niños con discapacidad. y residentes en instituciones menores de 20 años: renta inferior a 280.000 yenes)	
	☐ II Reconocimiento referente a la reducción individual de tipo médico Considerando que me encuadro en todas las condiciones de abajo, solicito la aplicación da reducción individual de tipo médico.	
	<Para personas de 20 años o mayores> 1. Ser usuario de los Servicios de cuidados médicos (edad: ____ años) 2. Pertencer a familias exentas del impuesto municipal	<Para personas menores de 20 años> 1. Ser usuario de Servicios de cuidados médicos (edad: ____ años)
	☐ III Reconocimiento referente al beneficio especial para personas con discapacidad. residentes en instituciones (beneficio complementario) (medidas de reducción de gastos de alimentación y otros costos de la institución) Considerando que me encuadro en todas las condiciones de abajo, solicito el beneficio especial para personas con discapacidad. (Nota) Las instituciones elegibles son aquellas que constituyen instalaciones de residencia (instituciones de apoyo a personas con discapacidad) que pueden recibir los beneficios de asistencia.	
	< Para personas de 20 años o mayores> 1. Ser residentes en instituciones de atención edad: ____ años) 2. Pertencer a familia exenta de impuesto municipal o beneficiaria de asistencia social	<Para personas menores de 20 años> 1. Ser residentes en instituciones de atención edad: ____ años)
☐ IV Reconocimiento referente al beneficio especial para personas con discapacidad residentes en grupo (beneficio complementario) (medida de reducción del alquiler) Dado que mi hogar cumple los requisitos para estar exento del impuesto municipal o para recibir prestaciones sociales, solicito la prestación especial para personas con discapacidad específica		
☐ V Reconocimiento referente a las medidas de prevención a la transición para la asistencia social (medidas de reducción o exención de la cuota y medidas especiales de beneficio complementario) Solicito la aplicación de las medidas de prevención a la transición para la asistencia social (☐ medida de reducción o exención de la cuota ☐ medida especial de beneficio complementario). ※ Es necesario presentar un certificado de persona con renta baja expedido por la Asistencia Social.		

Presentación del del formul	☒ Apicante mismo ☐ Otra persona (llenar los datos de abajo)		
Nombre		Relación con el aplicante	
Dirección	Teléfono		