

Formulario de Solicitud de Uso de los Servicios de Apoyo para la Vida Comunitaria

(Destinatario) Director de la Oficina de Bienestar de la Ciudad de Komaki

Solicito el uso de los servicios del Programa de Apoyo para la Vida Comunitaria, conforme a lo descrito a continuación.

Ademas, declaro que autorizo la consulta y verificación de los registros fiscales y registro de impuestos tanto del solicitante como de su familia, para fines de decidir referente al uso de los servicios

Fecha de solicitud Reiwa 8 año 4 mes 1 día

Solicitante	Furigana	コマキ ハナコ		Fecha de nacimiento	Taisho Showa Heisei Reiwa Año 33 mes 1 día 1	
	Nombre	Komaki Hanako				
	Dirección	〒485-8650 Komaki shi Horinouchi 3 choume 1 banchi Teléfono 0568-76-1127				
F u r i g a n a				Fecha de nacimiento	Año ____ mes ____ día ____	
Nombre del niño (a)		My Number :		Relación		
Número del carnet de discapacidad física		N ú m e r o de carnet Intelectual		22222 Chuo Jidou A Chuudo	Número da carnet de Salud y Bienestar pr discapacidad mental	
Nombre de la enfermedad						

Situación de uso de los servicios	Servicios relacionados com Bienestar Social bem-estar social para personas discapacitadas	Reconocimiento del nivel de apoyo para personas discapacitadas		No		Período de validez	
	Tipo y contenido de los servicios utilizados actualmente						
	Seguro de asistencia	Reconocimiento da Necesidad de Asistencia		Sí No		Grado de Necesidad de Asistencia	Necesidad de apoyo (nivel 2) / Necesidad de asistencia : 1, 2, 3, 4, 5
	Tipo y contenido de los servicios utilizados actualmente						
Tipo y contenido del apoyo solicitado	Tipo de Servicios			Contenido específico del pedido			
	☐ Centro de Apoyo para Actividades Comunitarias			Asistencia en casa 2 horas/mes			
	☒ Servicios de apoyo para movilización						
	☐ Servicios de apoyo temporal en el día						
	☐ Servicios de apoyo para la vida cotidiana						

Además, mientras los operadores tengan en cuenta esa discapacidad y brinden ayudas razonables, incluso si ocurre algún accidente imprevisto o lesión, no se puede responsabilizar legalmente ni a los operadores ni a su ciudad

Komaki Hanako

Médico responsable(※)	Nombre del médico responsable		Nombre de la institución médica	
	Dirección	Teléfono		

(※) El espacio de “médico responsable” debe ser llenado al solicitar los beneficios de cuidados, servicios de entrenamiento/rehabilitación (cuando haya Necesidad de Asistencia en actividades como baño, higiene o alimentación en vivienda de asistencia), o apoyo a la transición para la vida comunitaria (para personas hospitalizadas en hospitales psiquiátricos o unidades con enfermería psiquiátrica).

Tipo de reducción o exención solicitada	☐ I Reconocimiento referente al límite máximo mensual ☐ Solicito la aplicación de la categoría indicada abajo. (Marque con ○ la opción correspondiente. Si no corresponde, dejar en blanco.) 1. Familia beneficiaria de asistencia social 2. Personas que pertenecen a familias exentas del impuesto municipal (※) ※ En el caso de uso de servicios de cuidados médico-asistenciales, señalar una de las opciones de abajo ① Personas cuya renta total (incluyendo salario y pensión de jubilación por discapacidad básica, etc.) sea de hasta 800.000 yenes ② Personas que no se encuadran en el ítem ① 3. Personas que pertenecen a hogares sujetos al impuesto municipal sobre la renta (personas con discapacidad: parte proporcional a los ingresos inferior a 160.000 yenes; niños con discapacidad: parte proporcional a los ingresos 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 de la reducción individual de tipo médico.	
	< Para personas de 20 años o mayores > 1. Ser usuario de 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 institucionalizadas (beneficio complementario) (medida de reducción de gastos de alimentación y otros gastos en instituciones) Considerando que me encuadro en todas las condiciones de abajo, solicito la concesión del beneficio especial para personas con discapacidad. (Nota) Las instituciones elegibles son aquellas que son instalaciones de acogimiento con internación cubiertas por los beneficios de cuidados (instituciones de apoyo a personas con discapacidad).	
	< Para personas de 20 años o mayores > 1. Ser residente en instituciones de cuidado (edad: ____ años) 2. Pertencer a familia exentas del impuesto municipal o beneficiarias de asistencia social	< Para personas menores de 20 años > 1. Ser personas que residen en instituciones de cuidados (edad: ____ años)
	☐ IV Reconocimiento referente al beneficio especial para personas con discapacidad residentes en hogares en grupo residencial (beneficio complementario (medida de reducción del alquiler) Como me encuadro como familia exenta del impuesto municipal o beneficiaria de asistencia social, solicito la concesión del beneficio especial para personas con discapacidad.	
☐ V Reconocimiento referente a las medidas de prevención de la transición para la asistencia social (medida de reducción o exención de la cuota de medida especial de beneficio complementario) Solicito la aplicación de las medidas de prevención de la transición para la asistencia social (□ medida de reducción o exención de la cuota □ medida especial de beneficio complementario). ※Será necesario presentar el Certificado de pertenencia al grupo de rentas bajas expedido por la oficina de asistencia social.		

En todos los casos, anexar documentos que verifiquen la solicitud

Presentación del formulario	☐ Solicitante ☒ Otra persona diferente al solicitante (llenar los datos de abajo)		
Nombre	Komaki Tarou	Relación con el solicitante	Ko
Dirección	〒485-8650 小牧市堀の内三丁目1番地 Komaki shi Horinouchi 3 chome 1 banchi ☒ Conforme consta en el registro domiciliario Teléfono 0568-76-1127		