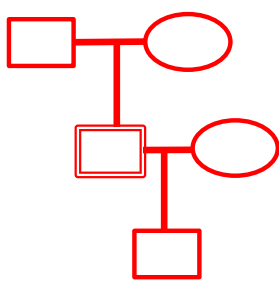


4

Ficha de Análisis de los Items Considerados
(Primera vez/Renovación de período/Cambio de la cantidad de días)

NOMBRE		<i>Komaki Tarou</i>				
Tipo y Grado de discapacidad	Carnet de discapacidad física	Categoria 1		Grado 1		
	Carnet de discapacidad Intelectual)	Tipo / Evaluación		Grado		
	Canet Mental y Bienestar Social	Grado Beneficio de Asistencia Médica para la Vida Independiente (Tratamiento Ambulatorio de Salud Mental):Sí /No		De acuerdo al certificado médico anexo		
Condiciones físicas y psicológicas	Lugar de actividades en días de semana <i>en casa</i> Lugar de actividades en días festivos <i>en casa</i> Consultas médicas regulares . . . No . <u>Sí</u> Uso de medicamentos . . . No . <u>Sí</u> Convulsiones / crisis . . . <u>No</u> . Sí Situación del uso de los servicios de asistencia para personas con discapacidad . . . <i>Cuidados en casa (cuidados físicos) 5 horas/mes</i> Escribir si existe algún sistema de asistencia en caso de emergencias			Composición Familiar (incluyendo casos de separación de domicilio dentro de la misma residencia) 		
Situación de las personas que prestan los cuidados	Relación de parentesco con el beneficiario		edad			
	Condiciones físicas y mentales	Historia de enfermedades previas No/Sí ()				
	Situación de vida	Lugar de actividades durante el día				
	Situación de trabajo	Empleo / Trabajo No/Sí ()				
Prestación de asistencia, formación, etc. Situación de recibimiento de beneficios para la asistencia /asistencia diurna de niños con discapacidad	Contenido del beneficio	Frecuencia	Período de uso			
		___ / mes	De ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___			
		___ / mes	De ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___			
		___ / mes	De ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___			
		___ /mes	De ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___			
Conforme a la copia del Certificado de Beneficiario anexa (En caso que la copia sea presentada, no es necesario llenar los datos de arriba.)						
Situación de uso de instituciones para niños con discapacidad, conforme a la Ley de Asistencia para el Bienestar Infantil	Ingreso en un centro para niños con discapacidad No / Sí ()					
Situación de uso de servicios en casa referentes a los beneficios del seguro, conforma la Ley de Seguro de Cuidados y Asistencia	Uso del Sistema de Seguro de Cuidados y Asistencia (kaigo) <u>No</u> / Sí ()					
Situación de uso de otros servicios de salud cubiertos por el seguro o de asistencia social, etc.	<u>No</u> / Sí ()					

Detalles concretos sobre las preferencias en cuanto al uso de los servicios de asistencia a personas con discapacidad		(Objetivo de uso, etc.) ※(Describir en detalle el contenido en caso de uso regular) ※Si, debido a las vacaciones escolares de larga duración o a las vacaciones de fin de año de la empresa, etc., desea solicitar un número de días de servicio diferente al habitual, indíquelo aquí (por ejemplo: durante las vacaciones de verano, utilizar el servicio ○ veces por semana, por lo que se solicitarían ○ días de guardería; durante las vacaciones de invierno, ○ días, etc.). ※Escribir los detalles en el formulario de plan anexo. ※En caso de asistencia en casa o de visita en casa para personas con discapacidad grave no sea de familia unipersonal, informar el motivo por el cual la familia que vive en el mismo domicilio no puede prestar la asistencia.								
Plan de Uso de los Servicios (Llenar en base a la entrevista o anexar la ficha del plan en el documento anexo)		※Llenar la información de uso regular								
		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo		
		5:00								
		6:00								
		7:00								
		8:00								
		9:00								
		10:00		Asiste						
		11:00		ncia						
		12:00		en						
		13:00		casa						
		14:00								
		15:00								
		16:00								
		17:00								
		18:00								
		19:00								
		20:00								
		21:00								
		22:00								
		23:00								
		24:00								
		1:00								
		2:00								
		Tipo de vivienda		Casa / Condominio (Apartamento) / Vivienda pública / Institución						
		Situación de las consultas en otras instituciones		No / Sí ()						