

Plan de uso de servicios y plan de apoyo a niños con discapacidad (auto plan)

Ciudad de Komaki

ふりがな Nombre del usuario		Fecha de nacimiento	Showa・Heisei・Reiwa año mes día	No de teléfono	— —
Número de beneficiario		Nivel de discapacidad	Tiene・No tiene (1・2・3・4・5・6)	Fecha de elaboración	

Apoyo necesario	Que desea hacer
☐ Trabajo y Actividades diarias ☐ Vivienda ☐ Vida cotidiana ☐ Otros ()	☐ Quiero ir a algún lugar en el día ☐ Quiero vivir solo ☐ Quiero usar servicio de apoyo (helper) ☐ Otros ()

Servicios que quiere usar (continuar usando)		Contenido, Cantidad (frecuencia・horario)	Fecha de logro
Actividades diarias	☐ Apoyo a la transición laboral ☐ Apoyo al desarrollo infantil ☐ Apoyo comntinuo laboral (Tipo A) ☐ Day service después de la escuela ☐ Apoyo continuo laboral (Tipo B) ☐ Apoyo médico para el desarrollo infantil ☐ Asistencia a la vida diaria ☐ Apoyo de visitas a pre-escolar ☐ Entrenamiento para la autonomía (vida diaria y habilidades funcionales)) ☐ Otros ()		año mes・continuación
	☐ Asistencia en vivienda de grupo (cuidados en casa) ☐ Ayuda para el ingreso a instituciones ☐ Asistencia para la vida en grupo (vivienda en grupo) ☐ Otros ()		año mes・continuación
Vivienda	☐ Atención domiciliaria (cuidado físico, asistencia para tareas de casa, ayuda para visitas médicas, asistencia de transporte para visitas médicas) ☐ Asistencia domiciliaria para casos graves ☐ Apoyo integral a personas con discapacidad grave ☐ Apoyo para acompañamiento ☐ Apoyo para la movilización ☐ Estadía corta en instituciones ☐ Apoyo para la transición e integración en la comunidad ☐ Otros ()		año mes・continuación

Objetivos/Retos	
-----------------	--

Plan de uso de servicios y plan de apoyo a niños con discapacidad (auto plan)

	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
6:00							
8:00							
10:00							
12:00							
14:00							
16:00							
18:00							
20:00							
22:00							
0:00							
2:00							
4:00							