

①

Formulário de solicitação de benefícios (cuidados, treinamento, apoio especializado e consulta comunitária) e solicitação de redução/isenção da contribuição do usuário

Ao Diretor do Escritório de Assistência Social da Cidade de Komaki,

Apresento a presente solicitação conforme descrito abaixo. Para fins de decisão deste pedido, autorizo a investigação, consulta e verificação dos documentos fiscais do meu domicílio, bem como da situação de recebimento de assistência social (benefício de subsistência).

Data da solicitação Reiwa ano 8 mês 4 dia 1

Solicitante	Furigana	コマキ タロウ		My Number										
	Nome	Komaki Taro		Data de nascimento	Taisho Showa ~~Heisei~~ Reiwa ano 3 mês 1 dia 1									
	Endereço	〒485-8650 Komaki-Shi Horinouchi 3-1												
				Telefone	0568-76-1127									
	Furigana			My Number										
	Nome da criança relacionada ao pedido de concessão do benefício			Data de nascimento	Heisei Reiwa ano ____ mês ____ dia ____									
					Relação de parentesco									
Número da carteira Pessoa com deficiência física	Aichiken 11111 Categoria 1 - Grau 1	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							
Recebimento da pensão básica por deficiência (grau 1) ((aplicável apenas aos solicitantes dos serviços de apoio à continuidade do trabalho)												sim - não		

Situação de utilização dos serviços	Serviços relacionados ao bem-estar/assistência social para pessoas com deficiência	Reconhecimento (ou certificação) do grau de apoio à deficiência	sim - não	Categoria	1 2 3 4 5 6	Período de validade	Reiwa ano 6 mês 1 dia 1 ~Reiwa ano 8 mês 12 dia 31
	Tipos e conteúdos dos serviços atualmente utilizados						
	Seguro de assistência a idosos	Reconhecimento da necessidade de assistência	sim - não	Grau de necessidade de cuidados	Necessidade de apoio 1 2 -		Necessidade de assistência 1 2 3 4 5
Tipos e conteúdos dos serviços atualmente utilizados							

S e r v i ç o s o l i c i t a d o	Categoria	Tipo de serviço		Descrição detalhada do conteúdo da solicitação
		Benefícios para cuidados	Benefícios para treinamento/reabilitação	
	Serviços domiciliares e outros	☒ Assistência domiciliar	☐ Apoio à permanência no emprego	
		☐ Atendimento domiciliar intensivo	☐ Apoio à vida independente	
		☐ Acompanhamento e apoio em deslocamentos	☐ Apoio à escolha profissional	
		☐ Apoio comportamental		
		☐ Apoio abrangente para pessoas com deficiência grave		
	Serviços de treinamento e de apoio ao emprego Serviços de atividades diárias	☐ Internação de curta duração	☐ Treinamento para autonomia (treinamento funcional)	
		☐ Serviços de cuidados médicos	☐ Treinamento para autonomia (treinamento da vida diária)	
		☐ Serviços de assistência à vida diária	☐ Treinamento para autonomia com hospedagem	
		☐ Apoio à transição para o emprego		
		☐ Apoio à inserção no emprego (instituição formadora)		
	☐ Apoio contínuo ao emprego - Tipo A			
	☐ Apoio contínuo ao emprego - Tipo B			
居住系	☐ Apoio para residência em instituição	☐ Apoio à vida em grupo (moradia assistida)		
地域相談支援	☐ Apoio à transição para a vida comunitária			
	☐ Apoio à permanência na comunidade			

Quando for necessário para a elaboração do plano de utilização de serviços ou do plano de apoio individual, concordo que a Cidade de Komaki forneça, total ou parcialmente, às partes relacionadas — incluindo prestadores designados de serviços de consultoria especializada, prestadores designados de serviços de assistência à pessoa com deficiência, instituições designadas de apoio à pessoa com deficiência e prestadores designados de consultoria geral — as seguintes informações: conteúdo das avaliações para reconhecimento do nível de apoio à pessoa com deficiência (incluindo levantamento detalhado e geral), informações coletadas sobre a intenção de uso dos serviços, resultados e pareceres da comissão de avaliação municipal, bem como o parecer médico. Nome do solicitante Komaki Taro

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

(※) O campo “médico responsável” deve ser preenchido nos casos de solicitação de benefícios de cuidados ou benefícios de treinamento/reabilitação (limitados aos casos relacionados à assistência em moradia coletiva, quando houver solicitação de serviços de cuidados como banho, higiene/excreção ou alimentação, bem como quando houver solicitação de utilização de estabelecimento designado de assistência em moradia assistida com suporte para serviços diurnos), ou ainda nos casos de solicitação de apoio à transição para a comunidade (limitado a pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, incluindo hospitais não psiquiátricos que possuam enfermarias psiquiátricas).

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 (※) ※ No caso de utilização de serviços de cuidados médicos, assinale também uma das opções abaixo: ① Pessoa cuja renda total (soma dos rendimentos e da aposentadoria básica por deficiência, entre outros) seja de até 809.000 ienes ② Pessoa que não se enquadra na condição ① 3. Pessoa pertencente a família contribuinte do imposto municipal (Pessoa com deficiência: parcela de renda inferior a 160.000 ienes / Criança com deficiência e residentes em instituição com menos de 20 anos: parcela de renda inferior a 280.000 ienes)	
	☐ II Reconhecimento referente à redução individual do tipo médico Considerando que me enquadro em todas as condições abaixo, solicito a aplicação da redução individual do tipo médico.	
	<Para pessoas com 20 anos ou mais> 1. Ser usuário de serviços de cuidados médicos (idade: ____ anos) 2. Pertencer a família isenta de imposto municipal	<Para pessoas com menos de 20 anos> 1. Ser usuário de serviços de cuidados médicos (idade: ____ anos)
	☐ III Reconhecimento referente ao benefício especial para pessoas com deficiência residentes em instituição (benefício complementar) (medida de redução de despesas com alimentação e outros custos da instituição) Considerando que me enquadro em todas as condições abaixo, solicito a concessão do benefício especial para pessoa com deficiência. (Nota) As instituições elegíveis são aquelas que constituem instalações de internação abrangidas pelos benefícios de cuidados (instituições de apoio à pessoa com deficiência).	
	<Para pessoas com 20 anos ou mais> 1. Ser residente em instituição de atendimento (idade: ____ anos) 2. Pertencer a família isenta de imposto municipal ou beneficiária de assistência social	<Para pessoas com menos de 20 anos> 1. Ser residente em instituição de atendimento (idade: ____ anos)
	☐ IV Reconhecimento referente ao benefício especial para pessoas com deficiência residentes em moradia assistida (benefício complementar) (medida de redução de aluguel) Por me enquadrar em família isenta de imposto municipal ou beneficiária de assistência social, solicito concessão do benefício especial para pessoa com deficiência.	
☐ V Reconhecimento referente às medidas de prevenção da transição para a assistência social (medidas de redução ou isenção da coparticipação e medidas especiais de benefício complementar) Solicito a aplicação das medidas de prevenção da transição para a assistência social (☐ medida de redução ou isenção da coparticipação ☐ medida especial 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

Apresentante do formulário	☒ O próprio solicitante ☐ Pessoa diferente do próprio solicitante (preencher no campo abaixo)		
Nome			Relação com o solicitante
Endereço	Telefone		