

Formulário de Solicitação de Utilização do Serviço de Apoio à Vida Comunitária

(Destinatário) Diretor do Departamento de Assistência Social da Cidade de Komaki

Venho, por meio deste, solicitar a utilização dos serviços do Programa de Apoio à Vida Comunitária, conforme descrito a seguir.

Declaro ainda que autorizo a consulta e verificação dos registros fiscais, tais como o cadastro tributário, relativos ao requerente e ao seu núcleo familiar, para fins de decisão quanto à concessão do uso dos serviços.

Data da solicitação: **Reiwa** ano **8** mês **4** dia **1**

Solicitante	フリガナ	コマキ ハナコ		Data de nascimento	Shouwa ano 3 mês 1 dia 1	
	N o m e	Komaki Hanako My Number : 22222222222222				
	Endereço	〒85-8650 Komaki-Shi Horinouchi 3-1 Telefone 0568-76-1127				
フリガナ				Data de nascimento	Ano _____	
Nome da criança		My Number :			mês _____ dia _____	
				Grau de parentesco		
Número da carteira Pessoa com deficiência física			Número da Carteira de Reabilitação	Centro Infantil Central, Registro nº 22222 — Grau A (Moderado)	Número da carteira de saúde e bem-estar da pessoa com deficiência mental	
Nome da doença						

Situação de utilização dos serviços	Serviços relacionados ao bem-estar social para pessoas com deficiência	Reconhecimento do nível de apoio à pessoa com deficiência	não	Período de validade	
	Tipos e conteúdos dos serviços atualmente utilizados				
	Seguro de assistência a idosos	Reconhecimento da necessidade de assistência	sim • não	Grau de necessidade assistência	Necessidade de apoio (nível 2) / Necessidade de assistência : 1, 2, 3, 4, 5
		Tipos e conteúdos dos serviços atualmente utilizados			
Tipo e conteúdo do apoio solicitado	Tipo de serviço			Conteúdo específico do pedido	
	☐ Centro de Apoio às Atividades Comunitárias			Apoio à mobilidade – 2 horas por mês	
	☒ Serviço de apoio à mobilidade				
	☐ Serviço de apoio temporário durante o dia				
	☐ Serviço de apoio à vida cotidiana				

Declaro ainda que, desde que o prestador do serviço leve em consideração a deficiência e preste assistência dentro dos padrões razoáveis, não responsabilizarei o prestador nem o Município, inclusive sob o ponto de vista legal, por eventuais acidentes, lesões ou outros incidentes imprevistos.

Nome _____ **Komaki Hanako**

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

(※) O campo “médico responsável” deve ser preenchido ao solicitar benefícios de cuidados, serviços de treinamento/reabilitação (quando houver necessidade de assistência em atividades como banho, higiene ou alimentação em moradia assistida), ou apoio à transição para a vida comunitária (para pessoas internadas em hospitais psiquiátricos ou unidades com enfermaria psiquiátrica).

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 médico-assistenciais, assinale também uma das opções abaixo: ① Pessoa cuja renda total (incluindo rendimentos e aposentadoria por deficiência básica, etc.) seja de até 800.000 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: 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 médico-assistenciais (idade: ____ anos) 2. Pertencer a família isenta de imposto municipal	< Para pessoas com menos de 20 anos > 1. Ser usuário de serviços de cuidados médico-assistenciais (idade: ____ anos)
	☐ III Reconhecimento referente ao benefício especial para pessoa com deficiência institucionalizada (benefício complementar) (medida de redução de despesas com alimentação e outros custos em instituições) 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 acolhimento com internação cobertas 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 pessoa que reside em instituição de cuidados (idade: ____ anos)
	☐ IV Reconhecimento referente ao benefício especial para pessoas com deficiência residentes em grupo residencial (benefício complementar) (medida de redução de aluguel) Por me enquadrar em família isenta de imposto municipal ou beneficiária de assistência social, solicito a concessão do benefício especial para pessoa com deficiência.	
☐ V Reconhecimento referente às medidas de prevenção da transição para a assistência social (medida de redução ou isenção da coparticipação e medida especial 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	<i>Komaki Taro</i>	Relação com o solicitante	<i>filho</i>
Endereço	〒485-8650 <i>Komaki-Shi Horinouchi 3-1</i> ☒ Conforme consta no registro de residência Telefone <i>0568-76-1127</i>		