

A las Víctimas de la Bomba Atómica que Residen en el Extranjero
- Sobre la Tramitación del Pago del Subsidio para Asistencias Médicas a
las Víctimas de la Bomba Atómica que Residen en el Extranjero -

[* Este aviso es para aquellas personas que residen en EE.UU., Canadá y México.]

Aquellas personas que residan fuera de Japón y han recibido la libreta de salud de la víctima de la bomba atómica o el certificado del estado en el momento en el cual se sufrieron las consecuencias de la bomba atómica (certificado de la víctima de la bomba atómica), pueden recibir un subsidio para asistencias médicas.

El objeto de este subsidio son los gastos médicos pagados entre enero y diciembre del año 2013 y el límite superior del subsidio anual es de 179.000 yenes. (En caso de que el solicitante del subsidio haya sido internado 4 días o más consecutivos, el límite superior será de 191.000 yenes.)

(1) Se ruega presentar los siguientes documentos para que se pueda comprobar el derecho al subsidio del solicitante.

- 1) Solicitud de la notificación para certificar el derecho al subsidio: El formulario está en la página 3 de este aviso.
- 2) Certificado emitido por una organización pública dentro de un mes antes de la solicitud y que confirme la identidad del solicitante
Ejemplos: Uno de los siguientes documentos: Copia/Extracto del registro civil, documento certificado por un notario público (Notary Public), permiso de residencia, certificado de residencia, etc.
- 3) Una copia de la libreta de salud de la víctima de la bomba atómica (la página con el sello del gobernador de la prefectura o del alcalde de la ciudad) o del certificado del estado en el momento en el cual se sufrieron las consecuencias de la bomba atómica (certificado de la víctima de la bomba atómica)
- 4) Lista de instituciones médicas donde el solicitante del subsidio va a recibir asistencias médicas: El formulario está en la página 4 de este aviso.

- (2) Los 4 documentos indicados en el apartado (1) deberán **llegar sin falta antes del viernes 29 de noviembre del año 2013.** Envíelos por correo a la dirección señalada abajo. Enviaremos la Notificación para certificar el derecho al subsidio por correo a las personas cuyo derecho al subsidio se haya comprobado.
- (3) Antes de enviar los documentos por correo, verifique con la lista de chequeo de la página 5 de este aviso que todos los documentos necesarios para la solicitud están completos.

Solicite información sobre este aviso en:

**Asociación de Salud Pública de Japón
Hosoda**

Teléfono: +81-3-3352-4281

Fax: +81-3-3352-4605

Correo electrónico: zaigai@jpha.or.jp

[Dirección]

Sección del pago del subsidio para asistencia médica a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryō Josei Jigyo Gakari*)

Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Kosshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón

Solicitud de la notificación para certificar el derecho al subsidio

Nombre		Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año)	Sexo Hombre/Mujer
País de residencia			
Domicilio			
Teléfono	(Escriba desde el código del país)		
Fax/Correo Electrónico			
Tipo	<input type="checkbox"/> Libreta de salud de la víctima de la bomba atómica <input type="checkbox"/> Certificado del estado en el momento en el cual se sufrieron las consecuencias de la bomba atómica (o Certificado de la víctima de la bomba atómica) * Marque uno con un círculo (O).		
Prefectura/Ciudad de expedición		/	
Número de libreta de salud de la víctima de la bomba atómica			-
Número de certificado del estado en el momento en el cual se sufrieron las consecuencias de la bomba atómica (o certificado de la víctima de la bomba atómica)			

Como se ha mencionado arriba, deseo y solicito la certificación del derecho al subsidio para asistencias médicas adjuntando los documentos relacionados.

Fecha: / / (Día/Mes/Año)

Nombre del solicitante:

Sello personal (o firma)

(En caso de solicitar el subsidio a través de un apoderado)

Nombre del apoderado:

Información de contacto del apoderado:

* En cuanto a la información de contacto del apoderado, se ruega anotar una información que nos permita ponernos en contacto con el apoderado sin falta.

Al señor alcalde de la ciudad de Hiroshima

Lista de instituciones médicas donde el solicitante del subsidio va a recibir asistencia médica
(Anotar las instituciones médicas a donde usted acude actualmente o regularmente para recibir asistencia médica.)

Día: Mes: Año:

Al señor alcalde de la ciudad de Hiroshima

Domicilio:

Nombre

Número de teléfono: () -

Nombre de la institución médica	Domicilio de la institución médica	Número de teléfono

Lista de chequeo de los documentos a presentar

- * Antes de presentar los documentos, verifique con esta lista que todos los documentos necesarios están completos.

Columna de chequeo	Documentos a presentar
<input type="checkbox"/>	Solicitud de la notificación para certificar el derecho al subsidio (Página 3)
<input type="checkbox"/>	Certificado emitido por una organización pública dentro de un mes antes de la solicitud y que confirme la identidad del solicitante (Copia/Extracto del registro civil, documento certificado por un notario público (Notary Public), permiso de residencia, certificado de residencia, etc.)
<input type="checkbox"/>	Una copia de la libreta de salud de la víctima de la bomba atómica o del certificado del estado en el momento en el cual se sufrieron las consecuencias de la bomba atómica (certificado de la víctima de la bomba atómica)
<input type="checkbox"/>	Lista de instituciones médicas donde el solicitante del subsidio va a recibir asistencias médicas (Página 4)

Personas que han recibido la comprobación del derecho al subsidio

(1) Aquellas personas que hayan recibido la “notificación para certificar el derecho al subsidio” de la ciudad de Hiroshima y quieran solicitar el pago del subsidio del año 2013, deben enviar por correo los siguientes documentos a Nihon Koshu Eisei Kyokai (Asociación de Salud Pública de Japón). Los documentos **deben llegar sin falta antes del viernes 31 de enero del año 2014.**

- 1) Solicitud del pago del subsidio
Rellene los formularios presentados en las páginas 8, 9 y 10.
- 2) Documento con el cual se puede confirmar la cuenta bancaria para el pago tal como una copia de la libreta de depósitos
- 3) Recibos emitidos por las instituciones médicas
- 4) En caso de que el solicitante del subsidio haya sido internado 4 días o más consecutivos, un documento que lo compruebe

(Nota) Los recibos emitidos por las instituciones médicas mencionados en el punto 3) deben contener los siguientes 4 datos:

- 1) El importe pagado
- 2) El nombre de la persona que ha pagado ese importe (debe coincidir con el nombre de la misma persona que presenta la solicitud)
- 3) El nombre, el domicilio y el número de teléfono de la institución médica
- 4) La fecha de pago

* Para que se pueda saber el importe pagado, subraye la parte correspondiente del recibo sin falta. Asimismo, en cuanto a los recibos que contienen también los gastos médicos, etc. de otras personas, hágalo de forma que se pueda saber la parte correspondiente al solicitante mismo.

* Presente los recibos originales con certeza. (En caso de que haya alguna razón por la cual no sea posible presentar los recibos originales, se pueden presentar copias.)

- (2) El “subsidio del año 2013” corresponde a los gastos médicos pagados entre enero y diciembre del año 2013 y el límite superior del subsidio es de **179.000 yenes**. (En caso de que el solicitante del subsidio haya sido internado 4 días o más consecutivos, el límite superior del subsidio será de **191.000 yenes**.)

La transferencia del subsidio se realizará a más tardar el **31 de marzo del año 2014**. En caso de cambiar la cuenta de depósitos, comuníquese sin falta los datos de una nueva cuenta antes de esa fecha.

- (3) Antes de enviar los documentos por correo, verifique con la lista de chequeo de la página 11 de este aviso que todos los documentos necesarios para la solicitud están completos.

Solicite información sobre este aviso en:

Asociación de Salud Pública de Japón

Hosoda

Teléfono: +81-3-3352-4281

Fax: +81-3-3352-4605

Correo electrónico: zaigai@jpha.or.jp

[Dirección]

Sección del pago del subsidio para asistencia médica a las víctimas de la bomba atómica que residen en el extranjero (*Zaigai Hibakusha Hokeniryō Josei Jigyo Gakari*)

Asociación de Salud Pública de Japón (*Nihon Kosshu Eisei Kyokai*)
1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokio 160-0022, Japón

Solicitud del pago del subsidio

Número de la notificación para certificar el derecho al subsidio		-						
Nombre		Fecha de nacimiento: (Día/Mes/Año)				Sexo Hombre/ Mujer		
País de residencia								
Domicilio								
Teléfono	(Escriba desde el código del país)							
Fax/Correo electrónico								
Cuenta de depósitos	Nombre de la institución bancaria							
	Nombre de la oficina principal/sucursal (*1)							
	Dirección de la oficina principal/ sucursal (*2)							
	Número de cuenta (*3)							
	Titular de la cuenta (*4)							
Si ha sido internado 4 días o más consecutivos o no. (*5)		Sí	•	No				
Período de internación (*6)		De ___ / ___ (Día/Mes) a ___ / ___ (Día/Mes)						
Si recibe algún subsidio en el momento de solicitud o no. (*7)		Sí	•	No				
Importe de solicitud	En moneda local				(Unidad) (*No rellene.)			
	En yenes japoneses				Equivalentes a yenes (*No rellene.)			

- *1 Escriba sin falta el nombre de la oficina principal (sucursal).
 *2 Escriba sin falta la dirección.
 *3 Adjunte un documento con el cual se pueda confirmar la cuenta como una copia de la libreta de depósitos.
 *4 El titular de la cuenta para el pago debe ser el solicitante mismo.
 *5 En caso de que el solicitante haya sido internado 4 días o más consecutivos, marque "Sí" con un círculo (O). Asimismo, adjunte un documento que compruebe la internación de 4 días o más consecutivos.
 *6 En caso de que el solicitante haya sido internado 4 días o más consecutivos, escriba ese período.
 *7 Si usted recibe el subsidio de control de salud, el subsidio de salud, el subsidio especial de asistencia médica, el subsidio especial o el subsidio por microcefalia causada por la bomba atómica en el momento de esta solicitud, marque "Sí" con un círculo (O).

Como se ha mencionado arriba, deseo y solicito el subsidio para asistencia médica del año 2013 adjuntando los documentos relacionados.

Fecha: / / (Día/Mes/Año)

Nombre del solicitante:

Sello personal (o firma)

(En caso de solicitar el subsidio a través de un apoderado)

Nombre del apoderado:

Información de contacto del apoderado:

- * En cuanto a la información de contacto del apoderado, se ruega anotar una información que nos permita ponernos en contacto con el apoderado sin falta.

Al señor alcalde de la ciudad de Hiroshima

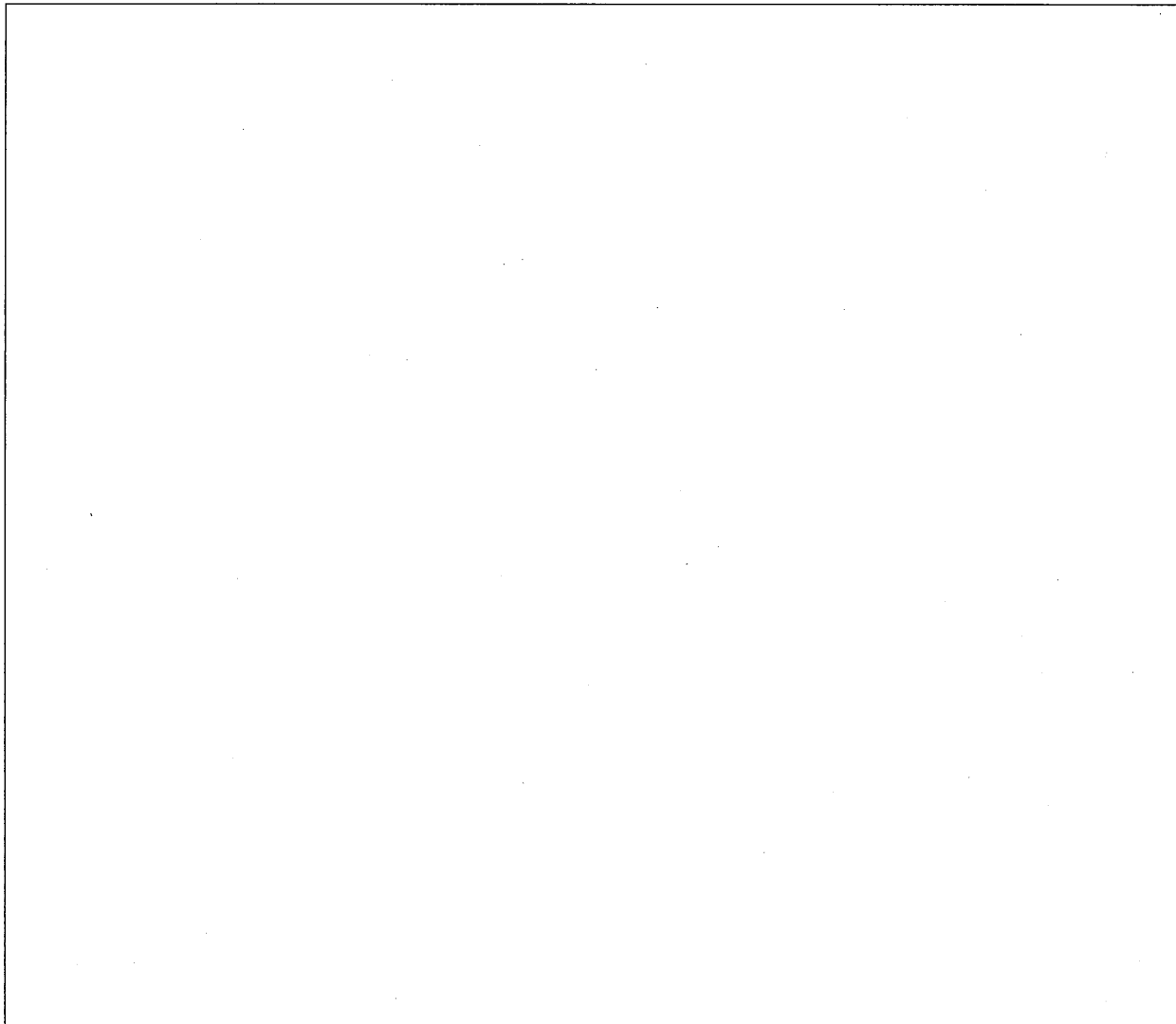
Detalle de la solicitud del pago

	Importe	Resumen (En caso de internación, escriba el nombre del hospital.)
Enero		
Febrero		
Marzo		
Abril		
Mayo		
Junio		
Julio		
Agosto		
Septiembre		
Octubre		
Noviembre		
Diciembre		
Total		

(Nota 1) En cuanto a los recibos correspondientes a los gastos de cada mes preséntelos pegándolos en la hoja para los recibos de la página 10 según los meses.

(Nota 2) Escriba el importe en moneda local del país de residencia.

Hoja para los recibos correspondientes al mes de ()



- (Nota 1) Es necesario que en los recibos emitidos por las instituciones médicas se mencionen los 4 siguientes puntos:
- 1) El importe pagado
 - 2) El nombre de la persona que ha pagado ese importe (debe coincidir con el nombre de la misma persona que presenta la solicitud.)
 - 3) El nombre, el domicilio y el número de teléfono de la institución médica
 - 4) La fecha de pago
- (Nota 2) Preste atención: Los recibos no se devolverán.
- (Nota 3) Copie este formulario según las necesidades y prepare una hoja para cada mes. No es necesario utilizar este formulario, si se indica claramente el mes correspondiente.

Lista de chequeo de los documentos a presentar

* Antes de presentar los documentos, verifique con esta lista que todos los documentos necesarios están completos.

Columna de chequeo	Documentos a presentar
<input type="checkbox"/>	Solicitud del pago del subsidio (Página 8)
<input type="checkbox"/>	Detalle de la solicitud del pago (Página 9)
<input type="checkbox"/>	Documento con el cual se pueda confirmar la cuenta bancaria para el pago tal como una copia de la libreta de depósitos
<input type="checkbox"/>	Recibos emitidos por las instituciones médicas (Aquellos que están pegados en la hoja para los recibos de la página 10) *1 Para que se pueda saber el importe pagado, subraye la parte correspondiente del recibo sin falta. *2 En cuanto a los recibos que contienen también los gastos médicos de otras personas, hágalo de forma que se pueda saber la parte correspondiente al solicitante mismo.
<input type="checkbox"/>	Documento que comprueba la internación de 4 días o más consecutivos (Se limitan a los casos de internación de 4 días o más consecutivos.)