

As pessoas não inscritas em quaisquer seguros privados

AF2013

Ministério da Saúde, Trabalho e Previdência Social
Província de Hiroshima

Para as vítimas de bomba atômica que residem fora do Japão - Sobre a inscrição no Programa de Assistência Médica às Vítimas de Bomba Atômica Residentes no Exterior -

* Este comunicado destina-se às pessoas que residem no Brasil, Argentina, Paraguai, Bolívia e Peru.

Estamos dando início à recepção de requerimentos de subsídio financeiro relativo ao ano de 2013. Os portadores do comunicado de confirmação da condição de beneficiário do programa deverão proceder da seguinte forma.

1. Apresentar todos os documentos de (1) a (7).
 - (1) Formulário de solicitação de subsídio
Preencher os dados requeridos nas páginas 4 a 6 do formulário.
 - (2) Documento de identificação do beneficiário expedido por um órgão oficial com data de expedição de até um mês antes da data de requerimento.

Exemplos: Qualquer um dos seguintes: Certidões de registro familiar (*koseki tohon/shohon*), certidões expedidas por cartório (Notary Public), comprovante de permanência definitiva de estrangeiros, comprovante de residência, entre outros.

* **Beneficiários do auxílio de controle da saúde, do auxílio de saúde, do auxílio especial de tratamento médico, do auxílio especial ou do auxílio de microcefalia causada por bomba atômica não precisam apresentar o documento de identificação** no ato da apresentação do “Formulário de solicitação de subsídio”.

- (3) Comunicado de confirmação da condição de beneficiário do programa
Carteira de saúde de vítima da bomba atômica
Comprovante da condição de vítima da bomba atômica (certidão de vítima da bomba).
- Uma cópia de qualquer um destes documentos
- * Mudanças no nome, endereço ou telefone deverão ser comunicadas através do formulário de alteração dos dados, anexo à página 8 do presente comunicado.

(4) Documento que permite verificar a conta corrente para depósito, tal como cópia da caderneta do banco

(5) Comprovantes de pagamento ou recibos emitidos por instituições de saúde

(6) Em caso de internação por mais de 4 dias consecutivos, documentos comprobatórios da internação.

Nota: Os comprovantes de pagamento ou recibos das despesas incorridas em instituições de saúde descritos no item (5) acima, deverão conter todos os 4 dados abaixo:

- 1) Valor pago
- 2) Nome do pagante (deverá ser idêntico ao nome do solicitante)
- 3) Nome, endereço e telefone da instituição de saúde
- 4) Data de pagamento

* Sublinhe as informações relativas aos valores pagos nos comprovantes de pagamento ou recibos. Caso os valores constantes nos comprovantes de pagamento ou recibos emitidos pelas instituições de saúde contemplem mais de um paciente além do beneficiário-solicitante, discrimine os montantes de forma a identificar o do solicitante.

* Apresentar o original de comprovante de pagamento ou do recibo (A fotocópia somente será aceita em casos excepcionais.)

(7) Relação das instituições de saúde utilizadas

* Preencher todos os campos do formulário sobre a relação das instituições de saúde utilizadas em 2013, na página 7 do presente comunicado.

2. O “subsídio relativo ao ano de 2013” será concedido para cobertura das despesas médicas incorridas entre janeiro a dezembro de 2013. O teto

anual do subsídio é de **179 mil ienes** (ou **191 mil ienes** em caso de internação por mais de 4 dias consecutivos).

3. Remeter os documentos do item 1 de (1) a (7) pelo correio ao endereço abaixo de forma a **chegar impreterivelmente até**

o dia 31 de janeiro de 2014 (sexta-feira).

Os documentos poderão ser imediatamente remetidos a partir do momento em que o montante acumulado das despesas médicas tenha atingido o valor de 179 mil ienes (ou em caso de internação por mais de 4 dias consecutivos, 191 mil ienes).

O depósito do subsídio será efetuado até o dia 31 de março de 2014. Caso altere a conta até essa data, deve-se entrar em contato.

4. Antes da remessa, utilizar a lista de checagem constante à página 9 do presente comunicado para confirmar se a documentação está completa.

Para mais esclarecimentos sobre o presente comunicado, entre em contato com a:

Associação de Saúde Pública do Japão (*Ippan Zaidan Hojin Nihon Koshu Eisei Kyokai*, Japan Public Health Association)

Hosoda

Telefone +81-3-3352-4281

Fax +81-3-3352-4605

E-mail: zaigai@jpha.or.jp

[Remeter para:]

Programa de Assistência Médica às Vítimas de Bomba Atômica
Residentes no Exterior

(*Zaigai Hibakusha Hoken Iryo Josei Jigyo Tanto-kakari*)

Associação de Saúde Pública do Japão

(*Ippan Zaidan Hojin Nihon Koshu Eisei Kyokai*)

1-29-8 Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo

160-0022, Japão

Formulário de solicitação de subsídio (Despesas Médicas)

Número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa		-						
Nome		Data de Nascimento Dia/Mês/Ano	/	/			Sexo M/F	
País de residência								
Endereço								
Telefone	(Preencha a partir do código do país)							
Fax/E-mail								
Conta corrente para depósito	Nome do Banco							
	Nome da Agência (* 1)							
	Endereço da Agência (* 2)							
	Número da conta corrente (* 3)							
	Nome do titular da conta (* 4)							
Internação por mais de 4 dias consecutivos (* 5)		Sim		/		Não		
Período da internação (* 6)		___ de ___ a ___ de ___ (Dia/Mês)						
Recebimento de auxílio no momento desta solicitação		Sim		/		Não		
Valor solicitado	Moeda local		(unidade) (* não preencher)					
	Ienes		Equivalente em		ienes (* não preencher)			

* 1 Certifique-se de que o nome da agência está preenchido.

* 2 Certifique o preenchimento de todos os endereços.

* 3 Anexe um documento que permita conferir o número da conta corrente, como a cópia da caderneta do banco.

* 4 O próprio solicitante deverá ser o titular da conta corrente para depósito.

* 5 Em caso de internação por mais de 4 dias consecutivos, assinale "Sim" com um e anexe documentos comprobatórios da internação.

* 6 Em caso de internação por mais de 4 dias consecutivos, preencha o período.

* 7 Em sendo beneficiário do auxílio de controle da saúde, do auxílio de saúde, do auxílio especial de tratamento médico, do auxílio especial ou do auxílio de microcefalia causada por bomba atômica no momento desta solicitação, assinale "Sim" com um .

Solicito, conforme disposto acima, a concessão de subsídio às despesas médicas referentes ao ano de 2013. Envio em anexo toda a documentação relativa à solicitação.

Data: Dia ____ Mês _____ Ano ____

Nome do solicitante:

Carimbo ou assinatura

(No caso de solicitação por representante)

Nome do representante:

Telefone de contato do representante:

* Deve ser preenchido o telefone de contato do representante que seja possível entrar em contato impreterivelmente

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

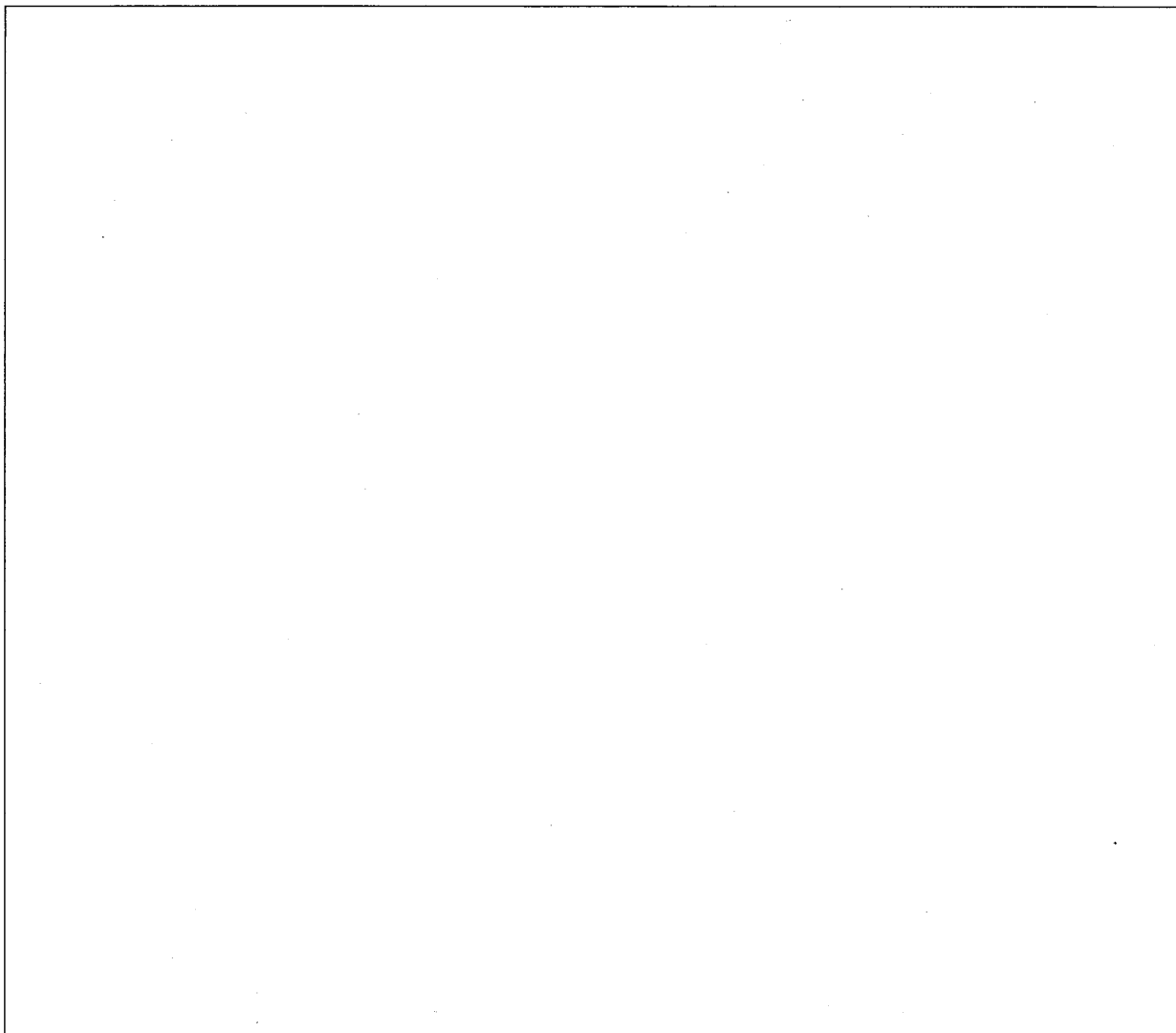
Detalhamento do requerimento

	Valor	Descrição (Em caso de internação, incluir o nome do hospital)
Janeiro		
Fevereiro		
Março		
Abril		
Maio		
Junho		
Julho		
Agosto		
Setembro		
Outubro		
Novembro		
Dezembro		
Valor total		

Note 1: Os comprovantes de pagamento ou recibos deverão ser separados por mês e colados em papel para colagem dos recibos (modelo na página 6).

Note 2: Preencha os valores em moeda local.

Papel para colagem dos recibos referentes ao mês de ()



Nota 1: Os comprovantes de pagamento ou recibos das despesas deverão conter todos os dados abaixo:

- 1) O valor pago
- 2) O nome do pagante (deverá ser idêntico ao nome do solicitante.)
- 3) O nome, endereço e telefone da instituição de saúde
- 4) Data de pagamento

Nota 2: Atenção: Os comprovantes de pagamento ou recibos não serão devolvidos em hipótese alguma.

Nota 3: Faça cópias desta página e apresente um papel para cada mês. Papéis diferentes do presente formulário poderão ser utilizados, desde que haja clara indicação do mês.

Relação das instituições de saúde utilizadas

(Preencha a instituição médica de onde está sendo atendido atualmente ou que normalmente costuma ser atendido)

Data: Dia _____ Mês _____ Ano _____

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

Endereço do solicitante:

Nome do solicitante:

Telefone: () -

Nome da instituição de saúde	Endereço da instituição de saúde	Telefone

**Solicitação de alteração dos dados cadastrais
(alteração do nome, endereço, telefone)**

Data: Dia _____ Mês _____ Ano _____

Ao Excelentíssimo Senhor Governador da Província de Hiroshima

Endereço (depois da alteração):

Nome (depois da alteração):

Carimbo ou assinatura

Notifico abaixo a alteração de nome, endereço e/ou número de telefone, remetendo outrossim cópia do comunicado de confirmação de beneficiário do programa em anexo.

Número do comunicado de confirmação de beneficiário do programa				-					
Alteração do nome	Antigo nome								
	Novo nome								
Alteração de endereço	Antigo endereço								
	Novo endereço								
Alteração do número de telefone	Antigo número	(Preencha a partir do código do país)							
	Novo número	(Preencha a partir do código do país)							
Data da alteração		Dia	Mês	Ano					

* Necessário anexar um documento que permita conferir o conteúdo da alteração e um documento para identificação do beneficiário.

Lista de checagem da documentação

* Antes de remeter os documentos, utilize a lista abaixo para checar se a documentação está completa.

Concluído	Documento
<input type="checkbox"/>	Formulário de solicitação de subsídio (página 4)
<input type="checkbox"/>	Detalhamento do requerimento (página 5)
<input type="checkbox"/>	Documento recente de identificação do beneficiário expedido por um órgão oficial, com data de expedição de até um mês antes da data do requerimento, tais como: certidões de registro familiar (<i>koseki tohon/shohon</i>), certidões expedidas por cartório, comprovante de permanência definitiva de estrangeiros, comprovante de residência, entre outros. * <u>Beneficiários do auxílio de controle da saúde, do auxílio de saúde, do auxílio especial de tratamento médico, do auxílio especial ou do auxílio de microcefalia causada por bomba atômica não precisam apresentar este documento no ato da apresentação do Formulário de solicitação de subsídio.</u>
<input type="checkbox"/>	Cópia de um dos seguintes documentos: comunicado de confirmação da condição de beneficiário do programa, carteira de saúde de vítima da bomba atômica, comprovante da condição de vítima da bomba atômica (certidão de vítima da bomba).
<input type="checkbox"/>	Documento que permite verificar a conta corrente para depósito, tal como cópia da caderneta do banco.
<input type="checkbox"/>	Comprovantes de pagamento ou recibos emitidos por instituições de saúde (colados no papel de colagem de recibos, à página 6) *1 Sublinhe as informações relativas aos valores pagos nos comprovantes de pagamento ou recibos a serem remetidos. *2 Caso os valores constantes nos comprovantes de pagamento ou recibos emitidos pelas instituições de saúde contemplem mais de um paciente além do beneficiário-solicitante, discrimine os montantes de forma a identificar o do solicitante.
<input type="checkbox"/>	Documentos comprobatórios de internação por mais de 4 dias consecutivos, se houver
<input type="checkbox"/>	Relação das instituições de saúde utilizadas (página 7)
<input type="checkbox"/>	Solicitação de alteração dos dados cadastrais, se houver (página 8)