

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.

Vítimas de bombas atômicas residentes fora do Japão (que sejam portadores da carteira de saúde de vítima da bomba atômica ou comprovante da condição de vítima da bomba atômica (certidão de vítima da bomba) poderão receber um subsídio financeiro na despesas médicas. Para solicitar o subsídio, verifique o procedimento abaixo.

O subsídio 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).

Aos novos solicitantes

- (1) Para solicitar o “subsídio relativo ao ano de 2013” é necessário a confirmação da condição de beneficiário do programa.
- (2) A comprovação da condição de beneficiário dar-se-á mediante apresentação dos seguintes documentos:
 - 1) Formulário de comprovação da condição de beneficiário
Preencher os dados requeridos no formulário na página 3.
 - 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

- 3) Cópia da Carteira de saúde de vítima da bomba atômica (da página em que consta o carimbo do governador da província ou do prefeito do município) ou cópia do Comprovante das condições de vítima da bomba atômica (certidão de vítima da bomba)
- 4) Comprovantes de pagamento ou recibos emitidos por instituições de saúde

* Preencher os dados necessários no formulário na página 4.

- (3) Remeter os documentos do item (2) de 1) a 4) pelo correio ao endereço abaixo de forma a **chegar impreterivelmente até**

o dia 29 de novembro de 2013 (sexta-feira).

Ao solicitante cuja condição de vítima for comprovada será emitido um comunicado de confirmação da condição de beneficiário do programa.

- (4) Antes da remessa, utilizar a lista de checagem constante à página 5 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 comprovação da condição de beneficiário (Despesas Médicas)

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			
Tipo de documento	<input type="checkbox"/> Carteira de saúde de vítima da bomba atômica <input type="checkbox"/> Comprovante das condições de vítima da bomba atômica (certidão de vítima da bomba) * Coloque um circulo em qualquer um.		
Província ou cidade concedente do subsídio			
Número da Carteira de saúde de vítima da bomba atômica			-
Número do comprovante da condição de vítima da bomba atômica (ou da certidão de vítima da bomba)			

Solicito a confirmação de beneficiário do subsídio referente às despesas médicas, enviando em anexo os documentos requeridos para tal fim.

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

Relação das instituições de saúde

(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

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 comprovação da condição de beneficiário (página 3)
<input type="checkbox"/>	Documento de identificação do beneficiário expedido por um órgão público com data de expedição de até um mês antes da data de requerimento. (Certidões de registro familiar (<i>koseki tohon/shohon</i>), certidões expedidas por cartório, comprovante de permanência definitiva de estrangeiros, comprovante de residência, entre outros)
<input type="checkbox"/>	Cópia da Carteira de saúde de vítima da bomba atômica ou cópia do Comprovante das condições de vítima da bomba atômica (certidão de vítima da bomba)
<input type="checkbox"/>	Relação das instituições de saúde (página 4)

Solicitantes confirmados como beneficiários

1. Os solicitantes que receberam o “comunicado de confirmação de beneficiário do programa” e que desejam requerer o subsídio relativo ao ano de 2013 deverão remeter os seguintes documentos pelo correio de forma a **chegar impreterivelmente até**

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

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

- 1) Formulário de solicitação de subsídio
Preencher os dados necessários no formulário nas páginas 8 a 10.
- 2) Documento que permite verificar a conta corrente para depósito, tal como cópia da caderneta do banco
- 3) Comprovantes de pagamento ou recibos emitidos por instituições de saúde
- 4) Em caso de internação por mais de 4 dias consecutivos, documentos comprobatórios dessa internação

Nota: Os comprovantes de pagamento ou recibos das despesas incorridas em instituições de saúde descritos no item 3) 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 comprovantes de pagamento ou recibo sem falta (A fotocópia somente será aceita em casos excepcionais).

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). 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.
3. Antes da remessa, utilizar a lista de checagem constante à página 11 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 ser o 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 (* 7)		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

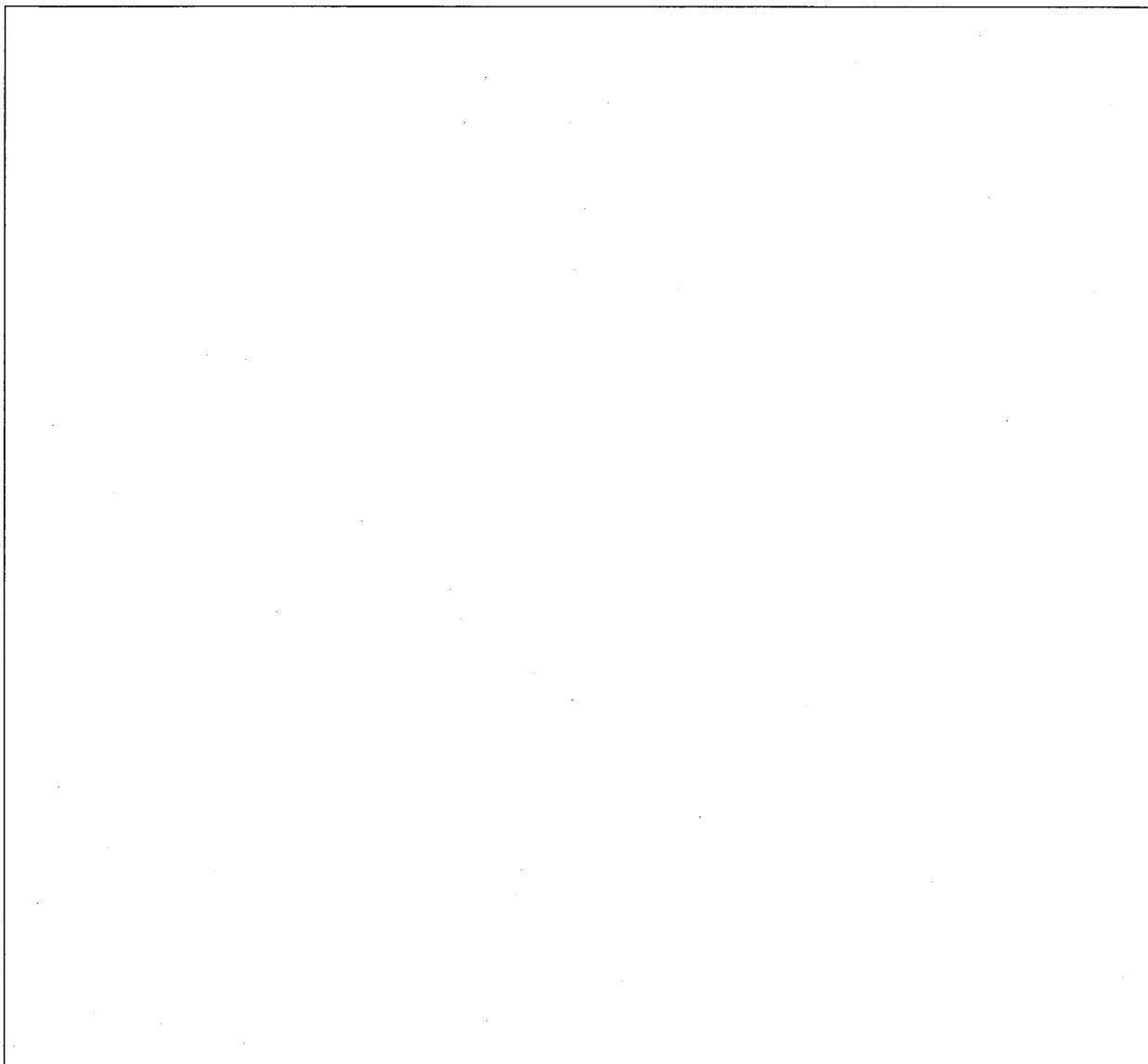
Detalhamento do requerimento

	Valor	Descrição (Em caso de internação, incluir o nome do hospital)
Janeiro		
Fevereiro		
Março		
Abril		
Mai		
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 10).

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 4 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: 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.

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 8)
<input type="checkbox"/>	Detalhamento do requerimento (página 9)
<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 10) *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