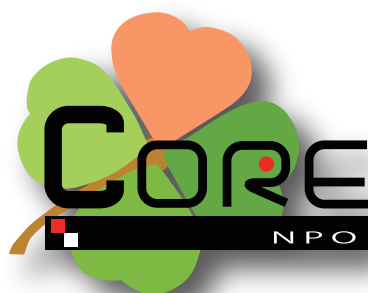


身体障がい者グループホーム
入居者募集案内

～地域で自立生活をおくってみませんか？～



自立生活に挑戦しませんか??

母体である法人は、従来より障がい当事者スタッフや相談員により実践的な自立生活および社会・地域参加活動の支援を行ってきました。

地域で自立生活に挑戦をしようと考えているあなたを全力でサポート致します!!

1. グループホーム概要

- ・名称 グループホーム「**すてっぶ**」
- ・所在地 横浜市泉区新橋町 1374-4



・アクセス

横浜市泉区 相鉄いずみの線緑園都市駅より徒歩 15 分

戸塚駅東口より神奈中バス 戸 17 系統 三ツ境駅行き 観音寺前下車徒歩 5 分

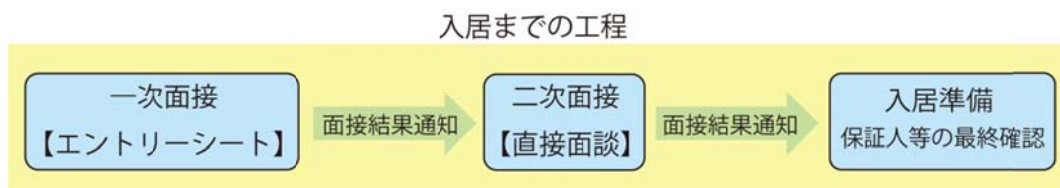
三ツ境駅より神奈中バス 戸 17 系統 戸塚駅東口行き 観音寺前下車徒歩 5 分

- ・入居募集人数・・・総合支援区分 3~4 の方 2 名

2. 入居条件

- ・平成 28 年度 9 月時点で横浜市に住民票がある方
- ・身体障がい有者の方（区分 3、4 に該当する方）
- ・自立生活による地域生活を明確な意思をもって希望される方

3. 入居者の選定



入居希望者はエントリーシートに必要事項をご記入後、下記まで書類を FAX または郵送して下さい。

- ・ 郵送先 〒222-0011 横浜市港北区菊名 6 丁目 13-18 コーポ岡 101
- ・ FAX 045-438-3724
- ・ TEL 045-438-3722
- ・ 担当 小島

4. 入居者と契約

入居が確定しましたら入居契約（利用契約）を致します。

※契約の際、連帯保証人が必要になります。

（近隣に住むご家族もしくは保証人会社）

5. 入居者利用料

- ・ 家賃 75,000 円 （※1 支給決定が横浜市内の方は 29,500 円の補助あり）
- ・ 修繕積立金 3,000 円
- ・ 日用品費 2,000 円
- ・ 光熱水費 約 18,000 円（共用部分・自室電気料金）

上記金額は概算となります。

合計 98,000 円／月（※1 68500 円）

※光熱水費、食費は実費負担となります。

食費・・・朝 160 円・昼 330 円・夜 330 円（平成 28 年 9 月現在）

6. 法人の概要

(名称)

特定非営利活動法人 CORE

理事長 天野勇司

(事務所)

神奈川県横浜市港北区菊名 6 丁目 13-18 コーポ岡 101

TEL 045-438-3722 / FAX 045-438-3724

(目的)

この法人は、誰もが社会的差別を受けることなく、その人らしく生きていける社会・地域づくりを目指し、主に障がい者や高齢者、及び社会的不利な立場に立たされた人に対して、介護派遣や相談支援をはじめとする人的なサポートを行うことにより、社会福祉の増進に寄与することを目的とする。

(事業)

- ・障がい者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく
障害福祉サービス事業（居宅介護、重度訪問介護）
- ・障がい者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に
基づく地域生活支援事業
- ・障がい者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に
基づく相談支援事業
- ・介護保険法に基づく居宅サービス事業
- ・相談支援事業

グループホーム「すてっぷ」入居エントリーシート

平成 年 月 日申し込み

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------|--------------|----------|----|-----------|----|----|--------|---|
| 入居希望者 氏名 | | 生年 月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | 歳 | | |
| ご住所 | 〒 市 区 | | | | | | | | |
| ご連絡先 | ご自宅 | - | - | 携帯 | - | - | | | |
| 緊急連絡先 (ご家族) | 氏名 (ご本人との関係) | | | | | | | | |
| ご住所 (ご家族) | 〒 市 区 | | | | | | | | |
| ご連絡先 (ご家族) | ご自宅 | - | - | 携帯 | - | - | | | |
| 障がい名 | | | | | | | | | |
| 障がいの状況 (具体的に障がいの 状況をご記入 下さい) | | | | | | | | | |
| 手帳 | 身障手帳 | 級 | 療育手帳 | A1 | A2 | B1 | B2 | 精神保健手帳 | 級 |
| 障害支援区分 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | |
| 身長 | cm | | | 体重 | kg | | | | |
| 視力 | 正常 | 見えづらい | | | ほとんど見えない | | | | |
| 聴力 | 正常 | 聞こえづらい | | | ほとんど聞こえない | | | | |
| 会話 | 話すことができる | 不明瞭な部分がある | | | 話すことが難しい | | | | |
| 意思の伝達 | できる | あまりできない | | | ほとんどできない | | | | |
| 理解度 | 問題ない | 時間をかければ理解できる | | | ほとんど分からない | | | | |
| 読み | できる | あまり得意ではない | | | ほとんどできない | | | | |
| 書き | できる | あまり得意ではない | | | ほとんどできない | | | | |

要配慮行動（ほぼ毎日あり→◎ / 週1、2回程度あり→○ / 週1回未満→△ / なし→×）

パニック() 発作() 睡眠障害() その他()()

上記に当てはまる場合、具体的にご記入ください。

その他支援上配慮すべきこと・特別な支援が必要な事

医療福祉サービス(現在利用しているサービスに○を付けて下さい)

介護保険 } の利用 有 ・ 無
 障害者総合支援法 } 有 ・ 無

訪問医療 訪問看護 ホームヘルパー ガイドヘルパー 訪問リハビリ・マッサージ
 一時ケア ショートステイ 短期入所 施設入所 デイサービス・作業所 グループホーム
 その他 ()

入居後のご希望のサービス(利用者したいサービスに○を付けて下さい)

訪問医療 訪問看護 ホームヘルパー ガイドヘルパー 訪問リハビリ・マッサージ
 デイサービス・作業所 その他()

入居後の収入 障害基礎年金 厚生障害年金 生活保護 仕送り 就労による収入

連帯保証人 (あり ・ なし) 身元引受人 (あり ・ なし) 任意後見人(あり ・ なし)

| | | | |
|---------------|------|-----|-------|
| 担当ケース ワーカー | 区役所名 | 連絡先 | 担当者氏名 |
| 相談員 支援員 | 施設名 | 連絡先 | 担当者氏名 |

※現在、相談支援サービスを利用している場合。

特記事項（特に入居を強く望まれる理由）