

Condiciones de la ayuda de (intérpretes) acompañantes (Actualizado en agosto de 2024)

Este servicio lo presta la Organización sin fines de lucro "Asociación de Intercambio Internacional de Toyonaka", que facilita servicio de intérpretes acompañantes a los solicitantes que acudan a instituciones médicas y otros centros. Los servicios se limitan a dos horas por vez. Si es probable que le lleve más tiempo, consúltenos, por favor.

A dónde se le puede acompañar: hospitales, clínicas, bancos, oficinas de impuestos, escuelas no públicas de Toyonaka, etc.

Tarifa del servicio: Para el hospital Municipal de Toyonaka, gratis hasta la 3ª cita dentro del mismo año (desde abril hasta marzo del año siguiente)

A partir de la 4ª cita, 3000 yenes por vez.

Para otros hospitales, 3000 yenes por cita.

Una vez finalizado el servicio, realice la remesa lo antes posible a la cuenta que se indica abajo.

(Rogamos su colaboración para continuar este servicio.)

Japan Post Bank (*Yucho Ginko*) Código (*Kigo*) 14070 Número de cuenta (*Bango*) 41318851

Tokutei Hieiri Katsudo Hojin Kokusai Koryunokai (Toyonaka)

トクテイヒエイリカツドウホウジンコクサイコウリュウノカイ (トヨナカ)

Cómo solicitar: Utilice el formulario correspondiente para hacer su solicitud.

(Por ahora, también se aceptan solicitudes al E-mail: tifatsukisoi@gmail.com y al Tel: 080-6441-9957)

Plazo de solicitud: Se ruega avisar con al menos una semana de antelación.

Observaciones:

- Nunca pida directamente el servicio de interpretación a un colaborador.
- Los colaboradores no podrán facilitar sus datos de contacto, aunque se les pregunte.
- Cualquier cancelación deberá notificarse con al menos un día de antelación. Si se cancela el mismo día, se considerará como servicio prestado.
- Haremos todo lo posible por conseguir un intérprete que le acompañe, pero no garantizamos poder enviarle uno.

Lea y firme el consentimiento que figura a continuación.

Convenio entre el solicitante y el Servicio de Acompañamiento de la Asociación Internacional de Amistad Toyonaka (TIFA)

Solicito que se me acompañe al hospital y se me interprete. En caso de que el colaborador que me acompañe e interprete no sea capaz de interpretar correctamente, no responsabilizaré ni a la asociación ni al colaborador, así como tampoco haré reclamaciones por daños y perjuicios o cualquier otra responsabilidad. También haré todo lo posible por respetar los derechos humanos y proteger la intimidad del colaborador.

Fecha de consentimiento

Nombre completo del solicitante

(Espacio para el colaborador)

Nos esmeraremos en realizar nuestro trabajo de interpretación con buena fe y fidelidad. Asimismo, mantendremos la más absoluta confidencialidad con el cliente. La información que obtengamos sólo la utilizaremos en el ámbito de nuestro trabajo como intérpretes/acompañantes.

Fecha de consentimiento

Nombre completo del colaborador