

## ARTIGO 11º (Regulamento do FSA)

## ARTIGO 17º (Normas Complementares do FSA) (Internamento em Estrutura Residencial para Idosos (ERPI))

1. A habilitação a benefícios, neste âmbito, carece de apresentação dos seguintes documentos:
  - a) Requerimento de modelo em vigor no SAMS SBN;
  - b) Relatório clínico circunstanciado justificativo da necessidade de internamento, de modelo em vigor no SAMS SBN;
  - c) Declaração da Instituição, contendo a indicação da data de internamento e respetiva mensalidade;
  - d) Fotocópia do alvará do estabelecimento ou da autorização provisória de funcionamento, emitido pelas entidades competentes;
  - e) Comprovativo da habilitação ao complemento por dependência concedido pela Segurança Social;
  - f) Comprovativo dos rendimentos auferidos;
  - g) Fatura/Recibo contendo o discriminativo da despesa;
  - h) Atestado Multiusos atestando o grau de incapacidade.
2. É obrigatória a comunicação da mudança de instituição sempre que a mesma se verifique.
3. A comparticipação neste regime não é acumulável com outra modalidade de internamento.  
A comparticipação a atribuir é de 80% do custo da mensalidade apresentada, não podendo ultrapassar o valor de 2 x UCM – Unidade de Conta Mensal, (UCM corresponde ao valor constante do anexo VI nos termos da cláusula 111º do ACT com a APB “por cada trabalhador no ativo”).
4. Este subsídio só é aplicável quando o rendimento do agregado familiar per capita não for superior a 6,5\*UCM – Unidade de Conta Mensal.
5. Ao valor mensal da comparticipação a atribuir é deduzido o montante correspondente ao complemento de dependência concedido pela Segurança Social ou ao subsídio de assistência de terceira pessoa.

Para mais informações consulte o Regulamento do FSA e Normas Complementares em:  
[www.sbn.pt](http://www.sbn.pt)

## REGISTO DE ENTRADA

### Beneficiário - Titular

Nº de Beneficiário \_\_\_\_\_  Ativo  Reforma FSA desde \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Nome \_\_\_\_\_  
 Telefone \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_ Banco \_\_\_\_\_ Balcão \_\_\_\_\_

### Estrutura Residencial para Idosos

Nos termos e para efeitos previstos no Artº 11º do Regulamento do FSA e Artº 17º das Normas Complementares do FSA, solicito a concessão do referido benefício, pelo que presto as seguintes informações:

### Beneficiário

Nº de Beneficiário \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Nome \_\_\_\_\_  
 Parentesco com o Titular \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Antecedentes de comparticipação neste domínio:

Em caso positivo:  Comparticipação pelo SAMS SBN  Comparticipação por outra instituição

**Internamento em Estrutura Residencial para Idosos - IPSS**  Sim  Não

Alvará nº \_\_\_\_\_

Designação \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_

Início do internamento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Valor da mensalidade \_\_\_\_\_ €

### Comprovativo de rendimentos

Rendimento do agregado familiar \_\_\_\_\_ €  
 Rendimento per capita do agregado familiar \_\_\_\_\_ €

Número de pessoas do agregado familiar

Documentos em anexo:

- Relatório Clínico circunstanciado, Modelo 203 em uso no SAMS SBN, justificativo da necessidade de internamento.
- Declaração da Instituição com indicação da data de internamento e respetiva mensalidade.
- Fotocópia da emissão de alvará ou autorização provisória de funcionamento pelas entidades competentes.
- Comprovativo da habilitação ao Complemento de Dependência concedido pela Segurança Social.
- Comprovativo dos rendimentos auferidos, incluindo fotocópia do IRS.
- Fatura/recibo discriminativa referente à despesa.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo a sua responsabilidade.

Autorizo que as mesmas e os dados pessoais fornecidos neste impresso, sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos do SAMS SBN.

O Sócio/Beneficiário Titular

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Assinatura conforme B.I.(C.C.))

No SBN, a proteção e a segurança dos dados pessoais são uma das nossas prioridades. Recolhemos e procedemos aos demais tratamentos dos seus dados recolhidos neste formulário na estrita medida do necessário, com a finalidade exposta e identificada no topo deste formulário.

Não partilhamos as suas informações com terceiros, exceto nas situações pontualmente previstas na lei.

Para mais informações sobre como os seus dados são tratados, consulte a nossa Política de Privacidade.

**NOTA:** Os benefícios previstos neste domínio, produzem efeitos a partir da data de entrada do requerimento no SAMS SBN.

**Para uso exclusivo dos Serviços**

**Parecer do Serviço Social**

SAMS \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Parecer da Direção Clínica**

SAMS \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Despacho do Conselho de Gerência**

SAMS \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Instruções para procedimento administrativo**

SAMS \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_