

Renovação de Apoio

1. A habilitação a participação neste domínio, faz-se mediante a apresentação dos seguintes documentos:
 - a) Requerimento em impresso próprio em vigor no SAMS (modelo 204)
 - b) Relatório clínico em impresso próprio em vigor no SAMS (modelo 203)
 - c) Declaração da entidade prestadora de serviços;
 - d) Factura/recibo discriminativo referente à despesa;
 - e) Fotocópia do recibo da pensão de invalidez concedida pela Segurança Social.
2. A renovação do processo faz-se no início de cada ano civil, salvo quando o mesmo tenha sido constituído no decurso do último trimestre do ano, em que se considera automaticamente renovado até ao final do ano subsequente.
3. É dispensada a apresentação anual de prova de deficiência sempre que esta, pelas suas características, seja considerada permanente na avaliação inicial.
4. Ao valor mensal da participação a atribuir é deduzido o montante correspondente ao complemento de dependência concedido pela Segurança Social.

REGISTO DE ENTRADA

A preencher pelo Beneficiário Titular

Beneficiário - Titular

Nº de Beneficiário _____ Ativo Reforma FSA desde _____ / _____

Nome _____

Telefone _____ Telemóvel _____ Banco _____ Balcão _____

Apoio na Deficiência

Renovação

Para efeitos de renovação do referido benefício, presto as seguintes declarações:

Beneficiário

Nº de Beneficiário _____

Data de nascimento _____ / _____ / _____

Nome _____

Parentesco com o Titular _____ Estado Civil _____

Nome da Instituição _____

Regime de frequência: Internato

Início da frequência _____ / _____ / _____

Semi-internato

Valor da mensalidade _____ €

Externato

Despesa de alimentação _____ €

Despesa de transporte _____ €

Necessidade de acompanhamento: Sim Não

Documentos em anexo:

- Relatório Clínico em vigor no SAMS (modelo 203)
- Declaração da entidade prestadora de serviços;
- Fotocópia do recibo da pensão de invalidez concedida pela Segurança Social;
- Fotocópia do comprovativo da habilitação ao Complemento por dependência concedido pela Segurança Social.
- _____
- _____

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 Direcção Clínica

SAMS _____ / _____ / _____

Despacho do Conselho de Gerência

SAMS _____ / _____ / _____

Instruções para procedimento administrativo

SAMS _____ / _____ / _____