

**Artº 12º do Regulamento do FSA / Artº 18º -Normas complementares do FSA
(Internamento em lar de idosos)**

- A habilitação a benefícios, neste âmbito, carece de apresentação dos seguintes documentos:
 - Requerimento de modelo em vigor nos SAMS (modelo 202);
 - Relatório clínico circunstanciado modelo 203) em uso nos SAMS, justificativo da necessidade de internamento;
 - Declaração do lar/casa de repouso, com indicação da data de internamento e respectiva mensalidade;
 - Fotocópia de emissão de alvará ou da autorização provisória de funcionamento, pelas entidades competentes;
 - Comprovativo da habilitação ao Complemento de Dependência concedido pela Segurança Social;
 - Comprovativo dos rendimentos auferidos;
 - Factura/Recibo discriminativo referente à despesa.
- É obrigatória a comunicação da mudança de instituição sempre que a mesma se verifique.
- A comparticipação neste regime não é acumulável com outra modalidade de internamento.
- Ao valor mensal da comparticipação a atribuir é deduzido o montante correspondente ao Complemento de Dependência concedido pela Segurança Social.

REGISTO DE ENTRADA

Beneficiário - Titular

Nº de Beneficiário _____ Activo Reforma FSA desde _____ / _____
 Nome _____
 Telefone _____ Telemóvel _____ Banco _____ Balcão _____

Internamento em Lar de Idosos

Nos termos e para efeitos previstos no Artº 12º do Regulamento do FSA e Artº 18º 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 _____
 Número de filhos do Beneficiário _____

- | | | |
|--|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Bancários | <input type="checkbox"/> 1 filho | <input type="checkbox"/> 2 ou mais filhos |
| <input type="checkbox"/> Não Bancários | <input type="checkbox"/> 1 filho | <input type="checkbox"/> 2 ou mais filhos |

Antecedentes de comparticipação neste domínio:

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

Internamento no Lar/Casa de Repouso - IPSS Sim Não

Alvará nº _____
 Designação _____
 Endereço _____
 Telefone _____
 Início do internamento _____ / _____ / _____ Valor da mensalidade _____ €

Comprovativo de rendimentos

Rendimento do agregado familiar _____ € Número de pessoas do agregado familiar
 Rendimento per capita do agregado familiar _____ €

Documentos em anexo:

- Relatório Clínico circunstanciado, Modelo 203 em uso nos SAMS, justificativo da necessidade de internamento.
- Declaração do lar/casa de repouso com indicação da data de internamento e respectiva 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.
- Factura/recibo discriminativa referente à despesa.
- _____
- _____

Declaro que me comprometo a informar de imediato os SAMS sobre qualquer ocorrência que possa por em causa a continuidade deste apoio.

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

O Sócio/Beneficiário Titular

Data ____ / ____ / ____

(Assinatura conforme B.I.)

O SBN/SAMS é responsável pelos presentes dados e assegura aos seus titulares o direito de acesso, correção e supressão, sempre que legitimamente, o solicitem por escrito.

NOTA: Os benefícios previstos neste domínio, produzem efeitos a partir da data de entrada do requerimento nos SAMS.

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 ____ / ____ / ____