

**Artº 10º do Regulamento do FSA /Artº 16º - Normas complementares do FSA
(Apoio a deficientes)**

1. A habilitação a comparticipação neste domínio, faz-se mediante a apresentação dos seguintes documentos:
 - a) Requerimento em impresso próprio em vigor nos SAMS (modelo 204)
 - b) Relatório clínico em impresso próprio em vigor nos 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 meso 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 comparticipação 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 _____ Activo Reforma FSA desde _____ / _____
Nome _____
Telefone _____ Telemóvel _____ Banco _____ Balcão _____

Apoio na Deficiência

1º Pedido Renovação

Nos termos e para efeitos previstos no Artº 10º do Regulamento do FSA e Artº 16º das Normas Complementares do FSA, solicito a concessão do referido benefício, pelo que 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 nos 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 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 ____ / ____ / ____