

Artº 9º do Regulamento do FSA /Artº 15º - Normas complementares do FSA (Educação Especial)

1. A habilitação a comparticipação no âmbito da Educação Especial, faz-se mediante a apresentação dos seguintes documentos:
 - a) Requerimento em impresso próprio em vigor nos SAMS (modelo 201)
 - b) Relatório clínico em impresso próprio em vigor nos SAMS (modelo 200)
 - c) Relatório de avaliação psicopedagógica nas situações previstas para a psicomotricidade e linguagem, efectuado por técnico habilitado;
 - d) Declaração da entidade prestadora de serviços;
 - e) Comprovativo da habilitação de idêntico benefício junto da entidade que processa o abono de família;
 - f) Factura/recibo referente à despesa;
 - g) Outros documentos considerados necessários;
2. A comparticipação é atribuída até final do ano lectivo a que as despesas respeitem.
3. Prolongando-se a situação no ano seguinte, o processo deve ser renovado no início de cada ano lectivo.
4. A comparticipação, neste domínio, é atribuível até à conclusão da escolaridade obrigatória.
5. É dispensada a apresentação anual de prova de deficiência sempre que esta, pelas suas características, seja considerada permanente na avaliação inicial.
6. A comparticipação, a atribuir por despesas referidas no nº 1 do Artigo 9º do FSA, é calculada nos seguintes termos:
 - a) 100% da despesa referente à mensalidade debitada, excluindo despesas de alimentação e transportes, tendo como limite de incidência a tabela fixada pelas entidades competentes, para as situações de frequência de estabelecimento de ensino tutelado pelo Ministério da Saúde.
 - b) 100% da despesa, até ao limite das tabelas dos SAMS, e até 2 sessões semanais, para apoio especializado nas áreas de psicomotricidade e da linguagem.

REGISTO DE ENTRADA

Beneficiário - Titular

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

Beneficiário

Nº de Beneficiário _____ Data de nascimento ____ / ____ / ____
 Nome _____

Educação Especial

1º Pedido Renovação

Nos termos e para efeitos previstos no Artº 9º do Regulamento do FSA e Artº 15º das Normas Complementares do FSA, solicito a concessão de comparticipação em:

1. Escola (reconhecida como Estabelecimento de Educação Especial)

Designação: _____
 Endereço: _____
 Telefone: _____

Regime de frequência: Internato
 Semi-internato
 Externato

Início da frequência ____ / ____ / ____

Valor da mensalidade (debitada pela Escola): _____ €

- Incluindo alimentação Sim Não
 - Incluindo transporte Sim Não

2. Tratamentos Especializados:

Natureza dos tratamentos: Psicomotricidade Terapia da Fala

Técnico:

Nome: _____
 Especialização: _____
 Endereço: _____
 Telefone / Telemóvel: _____

Início do tratamento ____ / ____ / ____ Periodicidade do tratamento _____ sessões por semana

Valor da sessão _____ € Duração do tratamento _____

Antecedentes (comparticipação neste domínio de assistência): Sim Não

Em caso positivo: Participação pelos SAMS/SBN
 Participação por outra instituição

Instituição junto da qual se habilitou a participação neste domínio, no presente ano:

Nome da Instituição: _____

Despacho: Pendente Deferido Indeferido

Observações: _____

Documentos em anexo:

- Relatório Clínico Modelo 200, em vigor nos SAMS
- Relatório de avaliação psicopedagógica nas situações previstas para psicomotricidade e linguagem;
- Declaração da entidade prestadora de serviços;
- Comprovativo da habilitação de idêntico benefício junto da entidade que processa o abono de família;
- _____
- _____

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo a sua responsabilidade, e autorizo que as mesmas e os dados pessoais 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.

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 ____ / ____ / ____ _____