

Artº 18º do Regulamento do FSA /Artº 24º - Normas complementares do FSA (Outras participações)

1. A eventual comparticipação em outras despesas não expressamente referidas nas presentes Normas, desde que integráveis no âmbito e objectivos dos SAMS, que impliquem encargos significativos, está dependente de análise casuística e é condicionada a:

- a) Apresentação de pedido de comparticipação em impresso próprio em uso nos SAMS (modelo 205);
- b) Apresentação de relatório clínico em impresso próprio em vigor nos SAMS, que fundamente o pedido de comparticipação (modelo 203)
- c) Comprovativo de rendimentos e despesas fixas do agregado familiar, através de fotocópia do IRS e outros documentos que venham a ser considerados necessários, para análise da situação sócio-económica do beneficiário;
- d) Disponibilidades financeiras do FSA;
- e) Factura/recibo discriminativa referente à despesa;
- f) Apreciação favorável dos serviços internos dos SAMS sobre os serviços e/ou bens a participar;
- g) Deliberação tomada em reunião do Conselho de Gerência

2. Para efeitos da análise sócio-económica do beneficiário considerar-se-á que:

- a) O rendimento mensal líquido inclui remunerações, pensões de reforma, pensões de sobrevivência ou pensões sociais e outros proventos que intervenham na economia do agregado familiar;
- b) As despesas fixas incluem:
 - O valor das taxas e impostos obrigatórios;
 - O valor da renda de casa ou prestação mensal devida pela aquisição de habitação própria principal;
 - O pagamento de mensalidades fixas por frequência de estabelecimento de ensino;
 - Mensalidades decorrentes de internamento em lar.
- c) O agregado familiar é constituído pelo conjunto de pessoas ligadas entre si por vínculo de parentesco, que vivam em economia comum e confirmem direito à qualidade de beneficiário dos SAMS.

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 _____

Parentesco: Cônjuge 1 2 3 4 5 6 7

Estado civil: Solteiro 1 2 3 4 5

Outras participações

Nos termos e para efeitos previstos no Artº 18º do Regulamento do FSA e Artº 24º das Normas Complementares do FSA, solicito a concessão de comparticipação nas despesas a seguir referidas, pelo que presto as seguintes informações:

<input type="checkbox"/> Honorários médicos	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Material / Prótese	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Valor da despesa €

Valor da comparticipação €

Encargo do beneficiário €

Comprovativo de rendimentos

Rendimento do agregado familiar: _____ €

Total das despesas fixas (nº 2 b) _____ €

Número de pessoas do agregado familiar:

Rendimento per capita do agregado familiar: _____ €

Documentos a anexar:

- Apresentação do relatório modelo 203 que fundamente o pedido de comparticipação;
- Comprovativo de rendimentos e despesas fixas do agregado familiar, através de fotocópias do IRS;
- Factura/recibo discriminativo referente à despesa;
- _____
- _____
- _____

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 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 ____ / ____ / ____