

Artº 11º do Regulamento do FSA /Artº 17º - Normas complementares do FSA

(Apoio na Invalidez)

1. A habilitação a benefícios neste âmbito carece de apresentação dos seguintes documentos:
 - a) Requerimento em impresso próprio em vigor nos SAMS (modelo 207);
 - b) Relatório clínico circunstanciado (modelo 203) em uso nos SAMS;
 - c) Comprovativo da habilitação/recibo ao Complemento por Dependência concedido pela Segurança Social com excepção dos beneficiários titulares dos SAMS sempre que aplicável;
 - d) Comprovativo de rendimentos e despesas fixas do agregado familiar através de fotocópia do IRS e outros documentos que venham a ser considerados necessários;
2. O subsídio neste regime não é acumulável com outra modalidade de internamento.
3. Ao valor mensal da comparticipação a atribuir é deduzido o montante correspondente ao Complemento por Dependência concedido pela Segurança Social.

REGISTO DE ENTRADA

Beneficiário - Titular

Nº de Beneficiário _____ ☐ Activo ☐ Reforma FSA desde _____ / _____

Nome _____

Telefone _____ Telemóvel _____ Banco _____ Balcão _____

Apoio na Invalidez



1º Pedido



Renovação

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 _____ Nº contribuinte _____

Médico assistente:

Nome _____

Especialidade _____

Necessidade de acompanhamento: ☐ SIM ☐ NÃO

Comprovativo de rendimentos

Rendimento do agregado familiar _____ € Nº de pessoas do Agregado Familiar

Rendimento per capita do agregado familiar _____ €

Documentos em anexo:

- ☐ Relatório Clínico, Modelo 203 em uso nos SAMS
- ☐ Comprovativo da habilitação ao Complemento de Dependência concedido pela Segurança Social
- ☐ Comprovativo dos rendimentos e despesas fixas do agregado familiar através de fotocópia do IRS
- ☐ Atestado de incapacidade emitido pela Direcção Regional de Saúde
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

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 informações 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 ____ / ____ / ____