



INSTRUÇÃO PERMANENTE

Assunto : NORMAS PARA A ATRIBUIÇÃO DE COMPARTICIPAÇÃO DE DESPESAS COM LARES E CASAS DE REPOUSO, APOIO DOMICILIÁRIO POR TERCEIRA PESSOA OU POR FAMILIAR

Promulgação:

Documento de Registo da Aprovação

ATA CD N.º 12/2020

Data de Entrada em Vigor

01JUL2020

Referências:

- Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro (Alterado pela Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro, e pelo Decreto-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho)
- Despacho n.º 8738/2004, de 8 de abril, do Secretário de Estado do Orçamento

1. OBJECTO

A presente Instrução Permanente (IP) visa estabelecer e normalizar os procedimentos para a atribuição de comparticipação por despesas com Lares e Casas de Repouso, Apoio Domiciliário por Terceira Pessoa ou por Familiar;

2. ENQUADRAMENTO

- O Regime Jurídico da ADM, publicado pelo Decreto-Lei em ref.^a a) estabelece no seu artigo 8.º que o objeto e as modalidades de assistência na doença aos beneficiários da ADM, bem como os termos da sua prestação e do seu pagamento, são os previstos no regime da ADSE, com as necessárias adaptações.
- O despacho em ref.^a b) aprova as tabelas de cuidados de saúde do regime livre, em vigor na ADSE, que de igual modo são aplicáveis à ADM, com as necessárias adaptações.
- No âmbito Assistência na Saúde - regime livre, as tabelas da ADSE preveem a atribuição de comparticipação de despesas com Lares e Casas de Repouso, Apoio Domiciliário por Terceira Pessoa ou por Familiar.

3. LARES E CASAS DE REPOUSO

a. Beneficiários

As comparticipações de Lares e Casas de Repouso [Cfr. Despacho n.º 8738/2004 (II Série) de 03 de maio - Anexo I], têm por fim apoiar, em Lares e Casas de Repouso, doentes que se encontrem em situação de dependência, acamados de

INSTRUÇÃO PERMANENTE

(continuação)

forma crónica e permanente ou com quadros de demência graves, com incapacidade total e permanente para todo e qualquer trabalho e que não possam dispensar a assistência e vigilância permanentes de uma terceira pessoa. O quadro clínico deve refletir essa dependência e falta de autonomia para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana e a incapacidade de o beneficiário permanecer no domicílio.

b. Condições e Regras de Atribuição

- (1) As participações relativas a despesas com Lares e Casas de Repouso serão concedidas aos beneficiários titulares reformados ou aposentados e familiares adultos não ativos, em função da situação médico-social e da capitação resultante do rendimento do agregado familiar, a calcular de acordo com a seguinte fórmula:

CÁLCULO DA CAPITAÇÃO PARA LARES /CASAS DE REPOUSO

$$C = \frac{Rt \times 0.8}{Np}$$

Sendo:

C= Capitação

Rt= Rendimento total mensal ilíquido do agregado familiar

NP=Número de pessoas dependentes do rendimento familiar

- (2) Os montantes a conceder são determinados de acordo com os seguintes escalões, montantes que não podem exceder 80% do valor faturado:

Escalão	Capitação*	Valor dia €
1	até € 508,00	€ 9,48 / dia
2	de € 508,01 a € 762,00	€ 7,98 / dia
3	de € 762,01 a € 1.016,00	€ 6,98 / dia

* Valores calculados em função do salário mínimo nacional em 01/01/2020 (635.00€).

- (3) A atribuição de participação é instruída mediante a organização de um processo constituído por:

- Relatório médico original circunstanciado que refira o quadro clínico, acompanhado de grelha de avaliação do grau de dependência nos casos aplicáveis;
- Elementos referentes à situação sociofamiliar e económica do agregado familiar.
- Comprovativo do rendimento através de documentos relativos ao ano anterior

INSTRUÇÃO PERMANENTE

(continuação)

(IRS) e através de declarações emitidas pelas entidades pagadoras.

- (4) Os pedidos serão sujeitos a despacho do Conselho Diretivo do IASFA, I.P., após parecer técnico.
- (5) A comparticipação será atribuída nos termos da tabela e regras da presente IP, a partir do mês do despacho de autorização e mediante a apresentação de recibo original, com indicação do mês e ano a que se refere.
- (6) Só serão comparticipados recibos provenientes de lares e casas de repouso lucrativos com alvará ou autorização provisória de funcionamento emitidos pela segurança social.
- (7) Os recibos devem ser mensais. Cada mês só pode ser comparticipado através de um único recibo e uma única vez, independentemente do número de dias indicados.
- (8) Não são comparticipados pela ADM os beneficiários cuja doença resulte da responsabilidade de terceiros, que usufruam de direitos no âmbito de legislação especial ou que recebam prestação análoga através de outra instituição ou organismo.
- (9) A ADM, a todo o momento, poderá verificar *in loco* a situação clínica do beneficiário.
- (10) A ADM poderá solicitar anualmente, ou sempre que necessário, elementos de natureza clínica, social e económica, para atualização de dados, respeitando as regras deontológicas.

c. Procedimentos para a Atribuição de Comparticipação

- (1) Para a candidatura à comparticipação de Lares e Casas de Repouso, o beneficiário ou representante legal deverá preencher os modelos constante em anexo I, acompanhado da documentação seguinte:
 - Requerimento;
 - Ficha de Beneficiário;
 - Relatório médico original, atual e circunstanciado, comprovativo do quadro clínico e da situação de dependência do beneficiário, em que conste a identificação do médico, com vinheta, datado, carimbado e assinado e o nome legível e número de beneficiário da ADM;
 - Fotocópia do último modelo de declaração de IRS do agregado e anexos e respetiva nota de liquidação. Não existindo a declaração de IRS, deve ser disponibilizada declaração de não obrigatoriedade de entrega de IRS emitida pela respetiva Repartição de Finanças, relativamente a todos os

INSTRUÇÃO PERMANENTE

(continuação)

elementos do agregado familiar;

- Comprovativo/fotocópia dos rendimentos mensais líquidos do agregado familiar (informação de pensões, subsídios ou prestações familiares pagas pela Caixa Geral de Aposentações, pelo Centro Nacional de Pensões e/ou outras entidades, e na ausência de pensões do Centro Nacional de Pensões, declaração comprovativa deste facto, emitida pelo mesmo, pelo Centro Distrital de Segurança Social da área da residência, ou Caixa Geral de Aposentações);
- Declaração do Centro Nacional de Pensões ou da Caixa Geral de Aposentações (conforme o caso) onde conste a situação relativamente à existência de complemento por dependência de todos os elementos do agregado familiar;
- Fotocópia do Alvará, ou Autorização Provisória de Funcionamento, ou Acordo de Cooperação do lar / casa de repouso, emitido pela Segurança Social;
- Fotocópia do cartão de identificação de pessoa coletiva do lar / casa de repouso.

(2) A candidatura à comparticipação de Lares e Casas de Repouso poderá ser feita a partir da data em que o beneficiário adquira as condições para se candidatar.

(3) A recandidatura é anual, e deverá ser efetuada até 31 de julho, devendo o beneficiário ou legal representante comunicar à Direção dos Serviços da ADM qualquer alteração das condições de atribuição, nomeadamente, quadro clínico e situação de dependência do beneficiário, composição do agregado familiar, rendimentos, atribuição de complemento de dependência ou alteração do Lar ou Casa de repouso.

(4) A Direção dos Serviços da ADM atualiza o valor dos escalões, na sequência da atualização pela ADSE.

4. APOIO DOMICILIÁRIO POR TERCEIRA PESSOA OU FAMILIAR

a. Beneficiários

As comparticipações de Apoio Domiciliário (Cfr. Despacho n.º 8738/2004 (II Série) de 03 de maio - Anexo I), têm por fim apoiar, no domicílio, doentes que se encontrem em situação de dependência, que sofram de incapacidade total e permanente para todo e qualquer trabalho e não possam dispensar a assistência e vigilância permanentes de uma terceira pessoa. O quadro clínico deve refletir que os beneficiários não podem praticar, com autonomia, os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, nomeadamente os

INSTRUÇÃO PERMANENTE

(continuação)

IP: ADM 1

Página: 5 de 10

Data: 25/06/2020

relativos à locomoção, cuidados de higiene pessoal, uso de instalações sanitárias, alimentação e vestuário, se encontrem acamados de forma crónica e permanente ou apresentem quadros de demência grave, carecendo da assistência de outrem.

b. Condições e Regras de Atribuição

- (1) As participações relativas a despesas com Apoio Domiciliário serão concedidas aos beneficiários titulares reformados ou aposentados e familiares adultos não ativos, em função da situação médico-social e da capitação resultante do rendimento do agregado familiar, a calcular de acordo com a seguinte fórmula:

CÁLCULO DA CAPITAÇÃO PARA APOIO DOMICILIÁRIO

$$C = \frac{Rt \times 0.6}{Np}$$

Sendo:

C= Capitação

Rt= Rendimento total mensal líquido do agregado familiar

NP=Número de pessoas dependentes do rendimento familiar

- (2) Os montantes a conceder são determinados de acordo com os seguintes escalões, montantes que não podem exceder 80% do valor faturado:

Escalão	Capitação*	Valor dia €
1	até € 508,00	€ 5,99 / dia
2	de € 508,01 a € 698,50	€ 5,49 / dia
3	de € 698,51 a € 889,00	€ 4,74 / dia
4	até € 889,00	€ 2,50 / dia

* Valores calculados em função do salário mínimo nacional em 01/01/2020 (635.00€).

◇ Se o apoio for prestado por cônjuge, parente ou afim na linha reta, ou outro familiar que coabite com o beneficiário, o reembolso a atribuir será sempre do escalão 4.

- (3) A atribuição de participação é instruída mediante a organização de um processo constituído por:
- Relatório médico original circunstanciado que refira o quadro clínico, acompanhado de grelha de avaliação do grau de dependência nos casos aplicáveis;

INSTRUÇÃO PERMANENTE

(continuação)

- Elementos referentes à situação sociofamiliar e económica do agregado familiar.
 - Comprovativo do rendimento através de documentos relativos ao ano anterior e ou através de declarações emitidas pelas entidades pagadoras.
- (4) Os pedidos serão sujeitos a despacho do Conselho Diretivo do IASFA, I.P., após parecer técnico.
- (5) A comparticipação será atribuída nos termos da tabela e regras da presente IP, a partir do mês do despacho de autorização e mediante a apresentação de recibo original, com indicação do mês e ano a que se refere.
- (6) Os recibos devem ser mensais e não incluir o fornecimento de refeições. Cada mês só pode ser comparticipado através de um único recibo e uma única vez, independentemente do número de dias indicados.
- (7) Quando o apoio de terceira pessoa for prestado por cônjuge ou familiares que vivam no mesmo agregado familiar, descendentes ou ascendentes do 1.º e 2.º graus ou equiparados, a comparticipação será atribuída pelo escalão 4.
- (8) O apoio por terceira pessoa prestado por familiar só será considerado se este não exercer atividade profissional, situação que terá de ser comprovada por declaração de entidade competente, designadamente a segurança social e a Caixa Geral de Aposentações.
- (9) Não são comparticipados pela ADM os beneficiários cuja doença resulte da responsabilidade de terceiros, que usufruam de direitos no âmbito de legislação especial ou que recebam prestação análoga através de outra instituição ou organismo.
- (10) A ADM, a todo o momento, poderá verificar *in loco* a situação clínica do beneficiário.
- (11) A ADM poderá solicitar anualmente, ou sempre que necessário, elementos de natureza clínica, social e económica, para atualização de dados, respeitando as regras deontológicas.

c. Procedimentos para a Atribuição de Comparticipação

- (1) Para a candidatura à comparticipação de Apoio Domiciliário por 3ª Pessoa, o beneficiário ou representante legal deverá preencher os modelos constantes em anexo II, acompanhados da documentação seguinte:
- Requerimento
 - Ficha de Beneficiário;

INSTRUÇÃO PERMANENTE

(continuação)

IP: ADM 1

Página: 7 de 10

Data: 25/06/2020

- Relatório médico original, atual e circunstanciado, comprovativo do quadro clínico e da situação de dependência do beneficiário, em que conste a identificação do médico, com vinheta, datado, carimbado e assinado e o nome legível e número de beneficiário da ADM;
- Fotocópia do último modelo de declaração de IRS do agregado e anexos e respetiva nota de liquidação; Não existindo a declaração de IRS, declaração de não obrigatoriedade de entrega de IRS emitida pela respetiva Repartição de Finanças, relativamente a todos os elementos do agregado familiar;
- Comprovativo/fotocópia dos rendimentos mensais líquidos do agregado familiar (informação de pensões, subsídios ou prestações familiares pagas pela Caixa Geral de Aposentações, pelo Centro Nacional de Pensões e/ou outras entidades ou outros, e na ausência de pensões do Centro Nacional de Pensões, declaração comprovativa deste facto, emitida pelo mesmo, ou Centro Distrital de Segurança Social da área da residência, ou Caixa Geral de Aposentações);
- Declaração do Centro Nacional de Pensões ou da Caixa Geral de Aposentações (conforme o caso) onde conste a situação relativamente à existência de complemento por dependência de todos os elementos do agregado familiar;
- Assento de nascimento da pessoa que presta apoio domiciliário devidamente averbado (caso não seja uma entidade) exceto se for o cônjuge e beneficiário da ADM;
- Documento comprovativo do NIF da pessoa que presta apoio domiciliário (caso não seja uma entidade);
- Fotocópia do Alvará, ou Autorização Provisória de Funcionamento, ou Acordo de Cooperação da entidade que presta o apoio domiciliário, emitido pela Segurança Social (caso aplicável);
- Fotocópia do cartão de identificação de pessoa coletiva da entidade que presta apoio domiciliário (caso aplicável);
- Declaração médica que ateste a capacidade física da pessoa para prestar apoio domiciliário (caso não seja uma entidade);
- Declaração em como a pessoa que presta o apoio não exerce atividade remunerada, emitida pelo Centro Distrital de Segurança Social da área de residência e pela Caixa Geral de Aposentações (caso a pessoa que presta o apoio seja familiar);
- Ficha de caracterização do prestador de Apoio Domiciliário, preenchida e

INSTRUÇÃO PERMANENTE

(continuação)

assinada (modelos em anexo III).

- (2) A candidatura à comparticipação de Apoio Domiciliário poderá ser feita a partir da data em que o beneficiário adquira as condições para se candidatar.
- (3) A recandidatura é anual, devendo ser efetuada a 31 de julho, devendo o beneficiário ou legal representante comunicar à Direção dos Serviços da ADM qualquer alteração das condições de atribuição, nomeadamente, quadro clínico e situação de dependência do beneficiário, composição do agregado familiar, rendimentos, atribuição de complemento de dependência ou alteração da entidade ou pessoa que presta apoio domiciliário.
- (4) A Direção dos Serviços da ADM atualiza o valor dos escalões, na sequência da atualização pela ADSE.

5. ENVIO DE DOCUMENTAÇÃO

- a. O requerimento e documentação anexa, bem como os comprovativos de despesa, poderão ser enviados aos Serviços da ADM, através das seguintes alternativas:
 - Entrega no Centro de Apoio Social do IASFA, I.P., da área de residência do BT/BF, ou no CERREPOSA (Porto Santo);
 - Entrega nos Postos de Atendimento das Unidades, Estabelecimentos e Órgãos das Forças Armadas;
 - Envio por correio para:
Direção de Serviços da ADM
Rua Piedade Franco Rodrigues, 1
2780-383 OEIRAS
- b. A comunicação com os beneficiários, relativamente à informação de deferimento ou indeferimento de candidatura ou do pagamento das comparticipações, poderá ser feita através de correio eletrónico, com arquivamento no processo do registo de leitura, ou através de carta.

6. PROCESSAMENTO DAS CANDIDATURAS E COMPARTICIPAÇÕES

a. Receção e instrução dos processos de candidatura

- (1) A documentação relativa às candidaturas a comparticipação de Lares e Casas de Repouso e Apoio Domiciliário, são alvo de registo de entrada pela DSADM;
- (2) A instrução dos processos é feita pela Divisão de Gestão de Beneficiários e Benefícios (DGBB), de acordo com o formulário em Anexo IV;

INSTRUÇÃO PERMANENTE

(continuação)

XPL

IP: ADM 1

Página: 9 de 10

Data: 25/06/2020

- (3) Para o efeito, verifica se foi entregue a totalidade da documentação recebida e a sua conformidade com a legislação e normativo em vigor;
 - (4) Em caso de inconformidade, informa a entidade que rececionou a documentação e o beneficiário ou legal representante, das peças processuais em falta;
 - (5) A DGBB elabora um parecer técnico, com a identificação do tipo de participação, dos intervenientes no processo, parecer se o beneficiário requerente tem as condições de atribuição da participação, escalão e valor máximo a atribuir e conformidade da documentação entregue (Anexo IV);
 - (6) O Chefe da DGBB e o Diretor da DSADM, após verificação, dão o seu parecer e proposta, relativamente ao deferimento ou indeferimento do requerimento, com a respetiva fundamentação.
- b. Despacho sobre a Proposta de Atribuição de Participação**
- (1) A aprovação ou indeferimento da proposta de atribuição da participação de Lares e Casas de Repouso e Apoio Domiciliário é da exclusiva competência do Conselho Diretivo (CD), com base na proposta do Diretor da DSADM, constante do Parecer Técnico;
 - (2) O despacho do CD será transmitido ao beneficiário.
 - (3) De igual forma, a decisão do CD de alteração ou cessação de participação, por proposta da DSADM, será transmitido ao beneficiário.
- c. Forma e Condições de Pagamento**
- (1) O pagamento da participação atribuída, depois de processada a respetiva fatura mensal pela DSADM, será acionado para pagamento ao BT/BF, mensalmente, através do envio ao Gabinete de Planeamento e Gestão Orçamental do IASFA, I.P., do respetivo ficheiro de pagamento;
 - (2) O pagamento é efetuado através de transferência bancária para a conta indicada pelo beneficiário ou representante legal, desde que o beneficiário titular ou representante legal a quem se destina a participação, seja um dos titulares.
- d. Reembolso**
- (1) Sempre que se verifique que a atribuição da participação foi indevida, fica o beneficiário destinatário da participação obrigado a reembolsar o IASFA, I.P..
 - (2) O beneficiário não pode obter outro apoio para participação de despesas com Lares e Casas de Repouso, Apoio Domiciliário por Terceira Pessoa ou por

INSTRUÇÃO PERMANENTE

(continuação)

Familiar, enquanto usufruir da comparticipação do IASFA.

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

A presente IP, na data de entrada em vigor, revoga as anteriores instruções e normas da ADM, para comparticipação de despesas com Lares e Casas de Repouso, Apoio Domiciliário por Terceira Pessoa.

ANEXOS

- I - Modelo de requerimento para comparticipação por Lares e Casas de Repouso / Modelo de requerimento para comparticipação por Apoio Domiciliário por Terceira Pessoa / Familiar;
- II - Formulário de Pedido de comparticipação para Lar / Casas de Repouso / Apoio Domiciliário por Terceira Pessoa;
- III – Ficha de Caracterização do prestador de Apoio Domiciliário;
- IV - Modelo de Parecer Técnico.

REQUERIMENTO

10/1

_____ beneficiário da ADM n.º
(Nome do beneficiário para quem é pedida a autorização)

_____ vem por este meio requerer, ao abrigo do art.º 8.º do
(Nº benef. para quem é pedida a autorização)
decreto-lei n.º 167/2005 de 23 de Setembro, do decreto-lei n.º 118/83 de 25 de Fevereiro e do despacho n.º 8738/2004 de 03 de Maio, comparticipação por **Lares e Casas de Repouso** até 30 de junho de 20__

Para fundamentação da matéria requerida, anexa os seguintes documentos:

- ┌ Ficha de Beneficiário;
- ┌ Relatório médico original, atual e circunstanciado, comprovativo do quadro clínico e da situação de dependência do beneficiário, em que conste a identificação do médico, com vinheta, datado, carimbado e assinado e o nome legível e número de beneficiário da ADM;
- ┌ Fotocópia do último modelo de declaração de IRS do agregado e respetiva nota de liquidação;
- ┌ Não existindo a declaração de IRS, declaração de não obrigatoriedade de entrega de IRS emitida pela respetiva Repartição de Finanças, relativamente a todos os elementos do agregado familiar, juntando comprovativo/fotocópia dos rendimentos mensais ilíquidos do agregado familiar (informação de pensões, subsídios ou prestações familiares pagas pela Caixa Geral de Aposentações, pelo Centro Nacional de Pensões e/ou outras entidades ou outros);
- ┌ Na ausência de pensões do Centro Nacional de Pensões, declaração comprovativa deste facto, emitida pelo mesmo, ou Centro Distrital de Segurança Social da área da residência, ou Caixa Geral de Aposentações;
- ┌ Declaração do Centro Nacional de Pensões ou da Caixa Geral de Aposentações (conforme o caso) onde conste a situação relativamente à existência de complemento por dependência de todos os elementos do agregado familiar;
- ┌ Fotocópia do Alvará, ou Autorização Provisória de Funcionamento, ou Acordo de Cooperação do Lar / Casa de Repouso, emitido pela Segurança Social;
- ┌ Fotocópia do cartão de identificação de pessoa coletiva do lar / casa de repouso.
- ┌ Outro _____

_____, _____ de _____ de 20__

Pede deferimento,

(O beneficiário ou legal representante)

18/4

REQUERIMENTO

_____ beneficiário da ADM n.º
(Nome do beneficiário para quem é pedida a autorização)

_____ vem por este meio requerer, ao abrigo do art.º 8.º do
(Nº benef. para quem é pedida a autorização)
decreto-lei n.º 167/2005 de 23 de Setembro, do decreto-lei n.º 118/83 de 25 de Fevereiro e do
despacho n.º 8738/2004 de 03 de Maio, participação por **Apoio Domiciliário por 3ª Pessoa**
até 30 de junho de 20__.

Para fundamentação da matéria requerida, anexa os seguintes documentos:

- ┌ Ficha de Beneficiário;
- ┌ Relatório médico original, atual e circunstanciado, comprovativo do quadro clínico e da situação de dependência do beneficiário, em que conste a identificação do médico, com vinheta, datado, carimbado e assinado e o nome legível e número de beneficiário da ADM;
- ┌ Fotocópia do último modelo de declaração de IRS do agregado e respetiva nota de liquidação;
- ┌ Não existindo a declaração de IRS, declaração de não obrigatoriedade de entrega de IRS emitida pela respetiva Repartição de Finanças, relativamente a todos os elementos do agregado familiar, juntando comprovativo/fotocópia dos rendimentos mensais ilíquidos do agregado familiar (informação de pensões, subsídios ou prestações familiares pagas pela Caixa Geral de Aposentações, pelo Centro Nacional de Pensões e/ou outras entidades ou outros);
- ┌ Na ausência de pensões do Centro Nacional de Pensões, declaração comprovativa deste facto, emitida pelo mesmo, ou Centro Distrital de Segurança Social da área da residência, ou Caixa Geral de Aposentações;
- ┌ Declaração do Centro Nacional de Pensões ou da Caixa Geral de Aposentações (conforme o caso) onde conste a situação relativamente à existência de complemento por dependência de todos os elementos do agregado familiar;
- ┌ Assento de nascimento da pessoa que presta apoio domiciliário devidamente averbado (caso não seja uma entidade);
- ┌ Documento comprovativo do NIF da pessoa que presta apoio domiciliário (caso não seja uma entidade);
- ┌ Fotocópia do Alvará, ou Autorização Provisória de Funcionamento, ou Acordo de Cooperação da entidade que presta o apoio domiciliário, emitido pela Segurança Social (caso aplicável);
- ┌ Fotocópia do cartão de identificação de pessoa coletiva da entidade que presta apoio domiciliário (caso aplicável);
- ┌ Declaração médica que ateste a capacidade física da pessoa para prestar apoio domiciliário (caso não seja uma entidade);
- ┌ Declaração em como a pessoa que presta o apoio não exerce atividade remunerada, emitida pelo Centro Distrital de Segurança Social da área de residência e pela Caixa Geral de Aposentações (caso a pessoa que presta o apoio seja familiar);
- ┌ Outro _____

_____, _____ de _____ de 20__

Pede deferimento,

(O beneficiário ou legal representante)



FORMULÁRIO DE PEDIDO DE COMPARTICIPAÇÃO PARA LAR/ CASA DE REPOUSO E APOIO DOMICILIÁRIO

802

Dados Pessoais do Beneficiário que Requer Participação

Nome Completo _____

Nº de Beneficiário ADM _____

Dados sobre o Apoio Solicitado

Tipo de apoio Lar / casa de repouso
 Apoio domiciliário Por particular Por entidade

Motivo da necessidade de apoio _____

Dados da Entidade ou da Pessoa que Presta o Apoio

Nome _____ NIF _____

Morada _____

Código Postal _____ - _____ Localidade _____

Freguesia _____ Concelho _____ Distrito _____

Telefone _____ E-mail _____

Grau de parentesco da pessoa que presta apoio domiciliário (caso aplicável) _____

Dados sobre os Cuidados Prestados em Apoio Domiciliário (caso aplicável)

Alimentação Higiene pessoal Mobilidade Vestir Uso de instalações sanitárias
Outros Quais? _____

Dados do Agregado Familiar do Beneficiário que Requer Participação

Parentesco	Nome
Próprio	

Situação Social do Beneficiário que Requer Participação

Vive / vivia sozinho? Sim Não

Tem outros familiares? Sim Não Se sim, quem? _____

Convive com:

Familiares	Nunca <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>	Frequentemente <input type="checkbox"/>
Amigos	Nunca <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>	Frequentemente <input type="checkbox"/>
Vizinhos	Nunca <input type="checkbox"/>	Raramente <input type="checkbox"/>	Frequentemente <input type="checkbox"/>

Como ocupa o tempo?

10/1

Situação de Dependência do Beneficiário que Requer Participação

Está acamado?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Se sim, há quanto tempo? _____
Usa auxiliares de marcha?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Se sim, quais? _____
Usa fraldas?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Veste-se sozinho?	Sim <input type="checkbox"/>	Com ajuda <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Lava-se sozinho?	Sim <input type="checkbox"/>	Com ajuda <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Come sozinho?	Sim <input type="checkbox"/>	Com ajuda <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Anda sozinho?	Sim <input type="checkbox"/>	Com ajuda <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Vai à rua sozinho?	Sim <input type="checkbox"/>	Com ajuda <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

Dados do Representante do Beneficiário (caso aplicável)

Nome Completo _____ Parentesco _____

Morada para contato _____

Código Postal _____ - _____ Localidade _____

Telefone _____ E-mail _____

Observações

Declaração de Veracidade das Informações Prestadas

Declaramos que as informações aqui prestadas são verdadeiras e autênticas, que não existe omissão de informação relevante e que nos comprometemos a informar a DSADM, de imediato, de qualquer alteração superveniente das informações agora prestadas.

Data

Assinatura do beneficiário

Assinatura do representante do beneficiário (caso aplicável)

Assinatura da entidade (com carimbo) ou pessoa que presta o apoio domiciliário (caso aplicável)



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL DAS FORÇAS ARMADAS, I.P.
ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS MILITARES

CARACTERIZAÇÃO DO PRESTADOR DE APOIO DOMICILIÁRIO

Handwritten mark

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO APOIADO

Nome _____

Beneficiário da ADM Nº _____

IDENTIFICAÇÃO DA TERCEIRA PESSOA, INSTITUIÇÃO OU SERVIÇO

Nome Completo _____

Morada _____

Freguesia _____ Concelho _____ Distrito _____

Código Postal _____ - _____

Telefone _____ E-mail _____

Número Identificação Fiscal (NIF) _____

- Terceira pessoa particular: Profissão _____ Grau de Parentesco _____
(Juntar comprovativo dos dados do Cartão de Cidadão e NIF)

- Instituição ou serviço: IPSS Com fins lucrativos Oficial

Valências: _____

(Enviar fotocópia de recibo em branco)

CUIDADOS PRESTADOS AO BENEFICIÁRIO

Higiene pessoal Alimentação Vestuário Locomoção

Uso de instalações sanitárias Outros Quais? _____

Nº horas por dia: Nº vezes semana: Encargo mensal previsível € _____

Data de início da prestação do apoio ____ / ____ / ____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaramos que nos responsabilizamos quanto às declarações prestadas e nos comprometemos a informar qualquer alteração posterior.

Data ____ / ____ / ____

Assinatura

Assinatura

(Titular ou representante)

(Terceira pessoa ou responsável pela Instituição, com selo ou carimbo)



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL DAS FORÇAS ARMADAS, I.P.
ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS MILITARES

10/1

PEDIDO DE COMPARTICIPAÇÃO POR LAR OU CASA DE REPOUSO OU APOIO DOMICILIÁRIO

PARECER TÉCNICO

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO REQUERENTE DE COMPARTICIPAÇÃO

Nome e _____
Beneficiário da ADM N° _____
Lar/Casa de Repouso Apoio domiciliário por 3ª Pessoa Apoio domiciliário por Familiar

MODO DE ENVIO DO REQUERIMENTO E DOCUMENTAÇÃO

Pelo beneficiário ou legal representante, através de correio ou em mão;
 Através de Posto de Atendimento de Unidade, Estabelecimento ou Órgão das FA ou do IASFA;
Identificação da Entidade: _____
Identificação do responsável pela receção e envio: _____

PROCESSAMENTO NA DIVISÃO DE GESTÃO DE BENEFICIÁRIOS E BENEFÍCIOS

Identificação do responsável pelo processamento: _____
Parecer e Proposta:
 Verifiquei que consta do processo toda a documentação necessária para fundamentação do despacho, que se anexa;
 O requerente tem as condições para lhe ser atribuída a comparticipação;
Proponho, nos termos das tabelas em vigor, que lhe seja atribuído o escalão, conforme cálculos anexos;
Proponho, face à documentação entregue, que o valor máximo da comparticipação seja _____
Data ___/___/___

Assinatura _____

PARECER DO CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DE BENEFICIÁRIOS E BENEFÍCIOS

Verifiquei o processo, que está completo e conforme o normativo em vigor.
Proponho que seja deferido conforme proposta supra.
Assinatura _____
Data: ___/___/___

PARECER DO DIRETOR DA DSADM

Assinatura _____
Data: ___/___/___

DESPACHO DO CONSELHO DIRETIVO

Data ___/___/___

