




INSTRUÇÃO PERMANENTE

Assunto : NORMAS PARA A ATRIBUIÇÃO DE SUBSÍDIO COMPLEMENTAR POR CARÊNCIA ECONÓMICA (SCCE).

Promulgação: O Presidente do CD  RUI MANUEL XAVIER FERNANDES MATIAS Tenente-General	Documento de Registo da Aprovação ATA CD N.º 03/2019	Data de Entrada em Vigor 14JAN2019
--	--	--

Referências: IP: AS 02 – NORMAS PARA CALCULO DA CAPITAÇÃO
PORTARIA N.º 1238/2010, DE 14 DE DEZEMBRO

1. OBJETO

A presente Instrução Permanente (IP) estabelece as condições de atribuição do Subsídio Complementar por Carência Económica, adiante designado por SCCE, a prestar pelo IASFA, I.P., aos seus beneficiários em situação de carência económica, que cumpram as condições de atribuição.

2. ENQUADRAMENTO

De acordo com os números 1 e 3 do Artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 35/2016, de 29 de junho, que procede à primeira alteração do Decreto-Lei n.º 193/2012, de 23 de agosto, o IASFA, I.P., tem por missão garantir e promover a ação social complementar dos seus beneficiários, que se concretiza, entre outros, através de participações financeiras.

3. BENEFICIÁRIOS

Podem requerer o SCCE os beneficiários da ação social complementar, definidos no artigo 1.º do Regulamento dos Beneficiários do IASFA, I.P., aprovado pela Portaria n.º 1238/2010, de 14 de dezembro.

INSTRUÇÃO PERMANENTE
(continuação)

IP: AS 07

Página: 2 de 7

Data: 14JAN2019

4. CONDIÇÕES DE ATRIBUIÇÃO

- 4.1. O SCCE é atribuído a todo o beneficiário, em função da sua situação socioeconómica e cujo rendimento mensal seja inferior ao valor do Mínimo Vital (MV)¹.
- 4.2. O SCCE é antecedido de estudo técnico da situação socioeconómica, que inclui visita domiciliária, na perspetiva global do agregado familiar.
- 4.3. Nas situações em que o beneficiário ficar desempregado por iniciativa própria (sem justa causa), só poderá requerer o SCCE um ano após a data em que ficou desempregado.
- 4.4. Salvaguardam-se do ponto anteriores situações excecionais, devidamente justificadas.

5. CANDIDATURA

- 5.1. A instrução da candidatura pelo beneficiário ou familiar ou representante legal é apresentada ao Centro de Apoio Social (CAS) da sua área de residência e deverá ser acompanhada da seguinte documentação relativa ao beneficiário requerente e membros do agregado familiar (de acordo com a Portaria n.º 1238/2010, de 14 de dezembro):
- a) Requerimento Inicial ou Pedido de Renovação (IMP01/(ANO). Requerimento SCCE/SCAP/SCERPI – DAS);
 - b) Declaração de Imposto sobre Rendimentos da Pessoas Singulares (IRS) e a respetiva demonstração/nota de liquidação, ou declaração de não obrigatoriedade de entrega de IRS emitida pela respetiva Repartição de Finanças, relativamente a todos os elementos do agregado familiar, dos 2 últimos anos;
 - c) Declarações das entidades pagadoras de rendimentos considerados para efeitos de cálculo da capitação e não declarados em sede de IRS;
 - d) Declaração onde conste o histórico de contribuições para a Segurança Social;
 - e) Fotocópia de documento onde conste o Número Internacional de Conta Bancária (IBAN);
 - f) Declaração de cotitular da conta bancária ou da pessoa autorizada à

¹ O MV é um montante pecuniário que serve de referência ao IASFA, I.P., para o cálculo do SCCE, estando condicionado à aprovação anual do Conselho Diretivo (CD), de acordo com a disponibilidade financeira.

INSTRUÇÃO PERMANENTE
(continuação)

IP: AS 07

Página: 3 de 7

Data: 14JAN2019

movimentação da mesma (IMP02/(ANO). Declaração SCCE – DAS);

- g) Disponibilização para consulta do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão do cotitular da conta bancária ou da pessoa autorizada à movimentação da mesma;
- h) Declaração comprovativa da inscrição como candidato a emprego no Centro de Emprego da área de residência, para os beneficiários com disponibilidade ativa para o trabalho e/ou Relatório médico circunstanciado comprovativo da incapacidade do BT/BF para angariar meios de subsistência, em idade ativa para o trabalho, emitido pelos serviços de saúde competentes do Serviço Nacional de Saúde;
- i) Outros documentos julgados necessários (nomeadamente, certidão do óbito do Beneficiário Titular (BT) / Beneficiário Familiar (BF), declaração de imposto sucessório e a respetiva relação de bens ou declaração sobre transmissões gratuitas, entre outros).

5.2. Os beneficiários, cujos rendimentos ou situação social seja, passível de enquadramento nos requisitos para a atribuição de outras prestações sociais deverão fazê-lo, de acordo com a indicação do Técnico Superior de referência (Assistente Social), e apresentar documento comprovativo do seu requerimento e do seu deferimento/indeferimento.

5.3. No caso de as candidaturas que não estarem devidamente instruídas, o beneficiário dispõe de um prazo de 10 dias (a partir da data de entrada da candidatura) para completar o processo, findo o qual, se não o fizer, será arquivado, artigo 119.º do Código do Procedimento Administrativo – Decreto-lei n.º 4/2015, de 07 de janeiro (IMP03/(ANO). Notificação de Arquivamento SCCE - DAS).

5.4. A instrução do processo de candidatura é complementada por informação social (IMP04/(ANO). Informação Social SCCE - DAS) na sequência do previsto no ponto 3.2 e do qual deverá conter elementos relevantes para a caracterização da situação socioeconómica do beneficiário e do seu agregado familiar, nomeadamente:

- a) Identificação do beneficiário requerente e do seu agregado familiar de acordo com a Portaria n.º 1238/2010, de 14 de dezembro, bem como das pessoas que com ele vivam em economia comum;
- b) Relações de parentesco entre o beneficiário requerente e as pessoas que com

INSTRUÇÃO PERMANENTE

(continuação)

IP: AS 07

Página: 4 de 7

Data: 14JAN2019

ele vivam em economia comum;

- c) Rendimentos do beneficiário requerente e dos membros do agregado familiar;
- d) Identificação de situações determinantes da dispensa de disponibilidade ativa para a inserção profissional;
- e) Identificação dos principais problemas e das situações jurídico-legais, que condicionem a autonomia social e económica do beneficiário e das pessoas que com ele vivam;
- f) Identificação das capacidades e potencialidades, reveladas pelo requerente e pelos membros do seu agregado familiar;
- g) Identificação das ações realizadas ou a realizar com o beneficiário tendo em vista a obtenção de respostas / apoios;
- h) Identificação das diligências efetuadas ou a efetuar com serviços da comunidade, tendo em vista a obtenção de respostas / apoios.

5.5. Sem prejuízo do disposto no ponto anterior, a informação recolhida é registada na aplicação Sistema de Informação da Ação Social Complementar (SIASC) – Processo Familiar.

5.6. A proposta de atribuição do SCCE é registada no SIASC.

6. APROVAÇÃO DA PROPOSTA DE ATRIBUIÇÃO

A aprovação da proposta de atribuição do SCCE é da exclusiva competência do Conselho Diretivo (CD), mediante proposta dos CAS no SIASC, visada pelo seu Diretor, que remetida à DAS com os documentos digitalizados no campo «Documentos Digitais» do SIASC/Processo Familiar, verifica a conformidade do processo, de acordo com o previsto no ponto 5.

7. INDEFERIMENTO LIMINAR

7.1. Sempre que da análise do requerimento do SCCE e dos documentos probatórios apresentados, se possa concluir, com segurança, pela inexistência do direito à prestação.

7.2. Sempre que o BT/BF se recuse a requerer as prestações sociais.

7.3. Nas situações referidas nos números anteriores, a DAS procede à audiência prévia do requerente, nos termos dos artigos 121.º e seguintes do Código do Procedimento Administrativo – Decreto-lei n.º 4/2015, de 07 de janeiro

INSTRUÇÃO PERMANENTE

(continuação)

IP: AS 07

Página: 5 de 7

Data: 14JAN2019

(IMP05/(ANO). Notificação de Indeferimento SCCE - DAS).

8. FORMA E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

8.1. O SCCE tem caráter mensal.

8.2. O SCCE é concedido a partir do mês seguinte àquele em que foi efetuado o seu requerimento, desde que a instrução da candidatura por parte do BT/BF esteja completa.

8.3. O pagamento é efetuado através de transferência bancária para a conta indicada pelo beneficiário.

8.4. O BT/BF é notificado por ofício relativamente à atribuição do SCCE e valor mensal (IMP06/(ANO). Notificação de Atribuição SCCE - DAS).

9. REEMBOLSO

9.1. Sempre que se verifique que a atribuição do SCCE foi indevida, fica o beneficiário destinatário do apoio e/ou cotitular obrigados a reembolsar o IASFA, I.P. (IMP07/(ANO). Notificação para Reembolso SCCE - DAS).

9.2. O beneficiário não pode obter outro apoio enquanto decorrer a amortização do anterior, exceto nas situações excecionalmente gravosas e imprevisíveis que serão alvo de avaliação casuística no momento da sua ocorrência.

10. ATUALIZAÇÃO DE MEIOS DE PROVA

A atualização dos meios de prova ocorre sempre que se verifique a alteração da situação socioeconómica do BT/BF.

11. REVISÃO ANUAL

11.1. Os documentos necessários para a revisão anual do SCCE são os que constam no ponto 5.

11.2. Os CAS devem solicitar aos BT/BF os referidos documentos até 31 de maio (IMP08/(ANO). Notificação de Revisão SCCE - DAS).

11.3. Os CAS devem remeter as informações de proposta de revisão até 15 de setembro.

11.4. O SCCE é revisto em janeiro do ano seguinte, seguindo os procedimentos definidos no ponto 4, salvo as situações previstas no ponto 10.

INSTRUÇÃO PERMANENTE

(continuação)

IP: AS 07

Página: 6 de 7

Data: 14JAN2019

12. CANCELAMENTO DO SUBSÍDIO

O SCCE cessa sempre que se verifique uma das seguintes situações (IMP09/(ANO)).

Notificação de Cancelamento SCCE - DAS):

- a) quando o valor do rendimento mensal do BT/BF seja superior ao MV;
- b) falecimento do BT/BF;
- c) perda da qualidade de beneficiário.

13. CAPITAÇÃO E CÁLCULO

13.1. O rendimento mensal é obtido por aplicação da seguinte fórmula:

$$RM = R/12$$

em que:

RM – corresponde ao rendimento mensal;

R – corresponde ao rendimento anual líquido do agregado familiar.

13.2. O cálculo para o SCCE é obtido por aplicação da seguinte fórmula:

$$SCCE = MV - RM$$

em que:

MV – mínimo vital;

RM – corresponde ao rendimento mensal.

13.3. Em caso de indeferimento do Complemento Solidário para Idosos (CSI) a fórmula a aplicar para efeitos de cálculo do SCCE é a seguinte:

$$SCCE = MV - (\text{valor de referência anual do CSI}/12)$$

13.4. Ao MV é acrescido o valor fixado anualmente pelo CD, por cada membro do agregado familiar referido nas alíneas b), c) e e), do número 1, do artigo 2.º do Regulamento dos Beneficiários do IASFA, I.P., aprovado pela Portaria n.º 1238/2010, de 14 de dezembro, até ao limite de 3.

13.5. Se do cálculo do SCCE resultar um valor inferior a 10€, não haverá lugar à atribuição de SCCE.

INSTRUÇÃO PERMANENTE

(continuação)

IP: AS 07

Página: 7 de 7

Data: 14JAN2019

14. DISPOSIÇÕES FINAIS

A presente IP, na data de entrada em vigor, revoga a IP: AS 15, de 19-08-2014.

15. ANEXOS

IMP01/(ANO). Requerimento SCCE/SCAP/SCERPI - DAS

IMP02/(ANO). Declaração SCCE - DAS

IMP03/(ANO). Notificação de Arquivamento SCCE - DAS

IMP04/(ANO). Informação Social SCCE - DAS

IMP05/(ANO). Notificação de Indeferimento SCCE - DAS

IMP06/(ANO). Notificação de Atribuição SCCE - DAS

IMP07/(ANO). Notificação para Reembolso SCCE - DAS

IMP08/(ANO). Notificação de Revisão SCCE - DAS

IMP09/(ANO). Notificação de Cancelamento SCCE – DAS



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
INSTITUTO DE AÇÃO SOCIAL DAS FORÇAS ARMADAS, I.P.



SUBSÍDIO COMPLEMENTAR DE CARÊNCIA ECONÓMICA

Requerimento Inicial

Pedido de Revisão

1 ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO REQUERENTE

Nome completo

Número de beneficiário

Beneficiário Titular

Beneficiário Familiar

(Indicar Relação de parentesco com o BT)

2 ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome Completo

Estado civil Data de nascimento/...../.....

Posto/categoria Ramos das Forças Armadas

Local onde presta serviço

Situação

Ativo

Reserva na efetividade de serviço Desde/...../.....

Reserva fora da efetividade de serviço Desde/...../.....

Reforma Desde/...../.....

N.º do BI/Cartão de Cidadão

N.º de Identificação Fiscal

N.º da Caixa Geral de Aposentações

N.º de Identificação da Segurança Social

N.º de Utente de Saúde

Morada

Localidade Código Postal -

Freguesia Concelho Distrito

Telefone Telemóvel E-mail

No caso de o BT já ter falecido indicar a data de óbito/...../.....

Nome Completo

Estado civil Data de nascimento/...../.....

Condição perante o trabalho

<input type="checkbox"/>	Empregado	Profissão	Local
<input type="checkbox"/>	Desempregado	Desde/...../.....	
<input type="checkbox"/>	Reformado	Desde/...../.....	
<input type="checkbox"/>	Doméstico		
<input type="checkbox"/>	Pensionista		
<input type="checkbox"/>	Estudante	A frequentar?	
<input type="checkbox"/>	Outra	Qual?	

N.º do BI/Cartão de Cidadão

N.º de Identificação Fiscal

N.º da Caixa Geral de Aposentações

N.º de Identificação da Segurança Social

N.º de Utente de Saúde

Cartão da ADM Validade/...../.....

Morada

Localidade Código Postal -

Freguesia Concelho Distrito

Telefone Telemóvel E-mail

(1.º Elemento)

Nome Completo

Estado civil Data de nascimento/...../.....

Qual o ano de escolaridade que frequenta

<input type="checkbox"/>	Creche
<input type="checkbox"/>	Pré - escolar (a partir dos 3 anos)
<input type="checkbox"/>	1º, 2º, 3º ou 4º ano (antiga instrução primária)
<input type="checkbox"/>	5º ou 6º ano (antigo ciclo preparatório)
<input type="checkbox"/>	7º, 8º ou 9º ano (antigo 3º, 4º e 5º liceal)
<input type="checkbox"/>	10º, 11º ou 12º ano (antigo 6º e 7º liceal/ano propedéutico)
<input type="checkbox"/>	Ensino pós-secundário (Cursos de especialização tecnológica, nível IV)
<input type="checkbox"/>	Bacharelato (inclui antigos cursos médios)
<input type="checkbox"/>	Licenciatura
<input type="checkbox"/>	Mestrado
<input type="checkbox"/>	Doutoramento



(cont.)

N.º do BI/Cartão de Cidadão

N.º de Identificação Fiscal

N.º da Caixa Geral de Aposentações

N.º de Identificação da Segurança Social

N.º de Utente de Saúde

Cartão da ADM Validade/...../.....

Preencher, apenas, caso o BF seja portador de Deficiência

Adquirida Grau de Incapacidade %

Congénita

Frequenta estabelecimento de ensino / especializado

Sim Se sim, indique qual

Não

(2º Elemento)

Nome Completo

Estado civil Data de nascimento/...../.....

Qual o ano de escolaridade que frequenta

- Creche
- Pré - escolar (a partir dos 3 anos)
- 1º, 2º, 3º ou 4º ano (antiga instrução primária)
- 5º ou 6º ano (antigo ciclo preparatório)
- 7º, 8º ou 9º ano (antigo 3º, 4º e 5º liceal)
- 10º, 11º ou 12º ano (antigo 6º e 7º liceal/ano propedêutico)
- Ensino pós-secundário (Cursos de especialização tecnológica, nível IV)
- Bacharelato (inclui antigos cursos médios)
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

N.º do BI/Cartão de Cidadão

N.º de Identificação Fiscal

N.º da Caixa Geral de Aposentações

N.º de Identificação da Segurança Social

N.º de Utente de Saúde

Cartão da ADM Validade/...../.....

(cont.)

Preencher, apenas, caso o BF seja portador de Deficiência

Adquirida

Grau de Incapacidade %

Congénita

Frequenta estabelecimento de ensino / especializado

Sim

Se sim, indique qual

Não

(3º Elemento)

Nome Completo

Estado civil Data de nascimento/...../.....

Qual o ano de escolaridade que frequenta

<input type="checkbox"/>	Creche
<input type="checkbox"/>	Pré - escolar (a partir dos 3 anos
<input type="checkbox"/>	1º, 2º, 3º ou 4º ano (antiga instrução primária
<input type="checkbox"/>	5º ou 6º ano (antigo ciclo preparatório
<input type="checkbox"/>	7º, 8º ou 9º ano (antigo 3º, 4º e 5º liceal
<input type="checkbox"/>	10º, 11º ou 12º ano (antigo 6º e 7º liceal/ano propedêutico
<input type="checkbox"/>	Ensino pós-secundário (Cursos de especialização tecnológica, nível IV)
<input type="checkbox"/>	Bacharelato (inclui antigos cursos médios
<input type="checkbox"/>	Licenciatura
<input type="checkbox"/>	Mestrado
<input type="checkbox"/>	Doutoramento

N.º do BI/Cartão de Cidadão

.....

N.º de Identificação Fiscal

.....

N.º da Caixa Geral de Aposentações

.....

N.º de Identificação da Segurança Social

.....

N.º de Utente de Saúde

.....

Cartão da ADM

Validade/...../.....

Preencher, apenas, caso o BF seja portador de

Deficiência

Adquirida

Grau de Incapacidade %

Congénita

frequenta estabelecimento de ensino / especializado

Fre-

Sim

Se sim, indique qual

Não

(cont.)

(4º Elemento)

Nome Completo

Estado civil Data de nascimento/...../.....

Qual o ano de escolaridade que frequenta

<input type="checkbox"/>	Creche
<input type="checkbox"/>	Pré - escolar (a partir dos 3 anos)
<input type="checkbox"/>	1º, 2º, 3º ou 4º ano (antiga instrução primária)
<input type="checkbox"/>	5º ou 6º ano (antigo ciclo preparatório)
<input type="checkbox"/>	7º, 8º ou 9º ano (antigo 3º, 4º e 5º liceal)
<input type="checkbox"/>	10º, 11º ou 12º ano (antigo 6º e 7º liceal/ano propedêutico)
<input type="checkbox"/>	Ensino pós-secundário (Cursos de especialização tecnológica, nível IV)
<input type="checkbox"/>	Bacharelato (inclui antigos cursos médios)
<input type="checkbox"/>	Licenciatura
<input type="checkbox"/>	Mestrado
<input type="checkbox"/>	Doutoramento

N.º do BI/Cartão de Cidadão

N.º de Identificação Fiscal

N.º da Caixa Geral de Aposentações

N.º de Identificação da Segurança Social

N.º de Utente de Saúde

Cartão da ADM Validade/...../.....

Preencher, apenas, ca-

so o BF seja portador de Deficiência

Adquirida

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Grau de Incapacidade %

Congénita

Fre-

quenta estabelecimento de ensino / especializado

Sim

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Se sim, indique qual

Não

(Caso existam mais do que 4 Beneficiários Familiares descendentes introduzir mais Página(s) 5)

Nome Completo

Estado civil Data de nascimento/...../.....

Condição perante o trabalho Empregado Profissão Local

Desempregado Desde/...../.....

Reformado Desde/...../.....

Doméstico

Pensionista

Estudante A frequentar?

Outra Qual?

N.º do BI/Cartão de Cidadão

N.º de Identificação Fiscal

N.º da Caixa Geral de Aposentações

N.º de Identificação da Segurança Social

N.º de Utente de Saúde

Cartão da ADM Validade/...../.....

Morada

Localidade Código Postal *

Freguesia Concelho Distrito

Telefone Telemóvel E-mail

(Caso existam mais do que 1 Beneficiários Familiares ascendente introduzir mais Página(s) 6)

6 CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Comprometo-me

- a apresentar os meios de prova que forem considerados necessários à atribuição e manutenção do SCCE e requerer outras prestações sociais.
- a instruir a candidatura num prazo de 10 dias (a partir da data de entrada do requerimento), findo o qual, se não o fizer, será arquivado, nos termos do artigo 119.º do Código do Procedimento Administrativo.
- comunicar ao IASFA, I.P., as alterações de residência, da composição do agregado familiar e ou dos respetivos rendimentos.
- reembolsar o IASFA, I.P., sempre que atribuição do SCCE tenha sido indevida.

Declaro que as informações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

...../...../.....

Assinatura do BT/BF ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido)

7 DOCUMENTOS A APRESENTAR

Fotocópias ou disponibilização para consulta da seguinte documentação relativa ao beneficiário requerente e membros do agregado familiar (nos termos da Portaria n.º 1238/2010, de 14 de dezembro):

- Declaração de IRS e respetiva nota de liquidação, ou certidão negativa emitida pela Repartição de Finanças, dos 2 últimos anos;
- Fotocópia do boletim de vencimentos e/ou da pensão ou das pensões de reforma (Centro Nacional de Pensões – CNP, Caixa Geral de Aposentações – CGA, outros), ou caso não existam, declaração ou declarações negativas, conforme os casos;
- Declaração do Fundo de Pensões dos Militares das Forças Armadas, ou declaração negativa, sempre que aplicável;
- Declaração onde conste o histórico de contribuições para a Segurança Social;
- Fotocópia do Cartão da ADM do BT e do(s) BF;
- Fotocópia de documento onde conste o Número de Identificação Bancária (NIB);
- Declaração de co-titular da conta bancária ou da pessoa autorizada à movimentação da mesma, válida por 5 anos (IMP02/20014. Declaração SCCE - DAS) ;
- Disponibilização para consultado Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão do co-titular da conta bancária ou da pessoa autorizada à movimentação da mesma;
- Declaração comprovativa da inscrição como candidato a emprego no Centro de Emprego da área de residência, para os beneficiários com disponibilidade ativa para o trabalho e/ou Relatório médico circunstanciado comprovativo da incapacidade do BT/BF para angariar meios de subsistência, em idade ativa para o trabalho, emitido pelos serviços de saúde competentes do Serviço Nacional de Saúde;
- Outros documentos julgados necessários (nomeadamente, certidão do óbito do BT/BF, declaração de imposto sucessório e a respectiva relação de bens, etc.).

Nota: No caso de pedido de renovação do SCCE, fica dispensado da entrega dos documentos relativamente aos quais não se verificaram alterações, face às declarações anteriormente prestadas.

8 LOCAL E PRAZO DE ENTREGA

O Requerimento e a respetiva documentação é entregue no CAS da área de residência do beneficiário requerente.

Eu (Nome completo) _____, declaro para os efeitos previstos no disposto no art.º 9.º, n.º 2 alínea h e n.º 3 e art.º 13.º do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, prestar, por este meio, o meu consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais entregues para efeitos da atribuição do Subsídio Complementar de Carência Económica, bem como outra documentação que venha a entregar para a atribuição do Subsídio Complementar de Carência Económica ao Instituto de Ação Social das Forças Armadas, I.P, com sede na Rua Pedro Nunes, n.º 8, 1069-023 Lisboa, também designado por IASFA, I.P.

...../...../.....
(Assinatura do BT/BF próprio ou representante legal igual ao CC)

Eu (Nome completo) _____, declaro para os efeitos previstos no disposto no art.º 9.º, n.º 2 alínea h e n.º 3 e art.º 13.º do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, prestar, por este meio, o meu consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais entregues para efeitos da atribuição do Subsídio Complementar por Carência Económica, bem como outra documentação que venha a entregar para a atribuição do Subsídio Complementar por Carência Económica ao Instituto de Ação Social das Forças Armadas, I.P, com sede na Rua Pedro Nunes, n.º 8, 1069-023 Lisboa, também designado por IASFA, I.P.

...../...../.....
(Assinatura do BT/BF próprio ou representante legal igual ao CC)

Eu (Nome completo) _____, declaro para os efeitos previstos no disposto no art.º 9.º, n.º 2 alínea h e n.º 3 e art.º 13.º do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, prestar, por este meio, o meu consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais entregues para efeitos da atribuição do Subsídio Complementar por Carência Económica, bem como outra documentação que venha a entregar para a atribuição do Subsídio Complementar por Carência Económica ao Instituto de Ação Social das Forças Armadas, I.P, com sede na Rua Pedro Nunes, n.º 8, 1069-023 Lisboa, também designado por IASFA, I.P.

...../...../.....
(Assinatura do BT/BF próprio ou representante legal igual ao CC)

Eu (Nome completo) _____, declaro para os efeitos previstos no disposto no art.º 9.º, n.º 2 alínea h e n.º 3 e art.º 13.º do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, prestar, por este meio, o meu consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais entregues para efeitos da atribuição do Subsídio Complementar por Carência Económica, bem como outra documentação que venha a entregar para a atribuição do Subsídio Complementar por Carência Económica ao Instituto de Ação Social das Forças Armadas, I.P, com sede na Rua Pedro Nunes, n.º 8, 1069-023 Lisboa, também designado por IASFA, I.P.

...../...../.....
(Assinatura do BT/BF próprio ou representante legal igual ao CC)

Eu (Nome completo) _____, declaro para os efeitos previstos no disposto no art.º 9.º, n.º 2 alínea h e n.º 3 e art.º 13.º do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, prestar, por este meio, o meu consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais entregues para efeitos da atribuição do Subsídio Complementar por Carência Económica, bem como outra documentação que venha a entregar para a atribuição do Subsídio Complementar por Carência Económica ao Instituto de Ação Social das Forças Armadas, I.P, com sede na Rua Pedro Nunes, n.º 8, 1069-023 Lisboa, também designado por IASFA, I.P.

...../...../.....
(Assinatura do BT/BF próprio ou representante legal igual ao CC)

01

DECLARAÇÃO

O signatário (nome) _____
_____, residente em (morada completa) _____
_____ na qualidade de cotitular da conta ou da pessoa autorizada à movimentação da mesma (conta n.º) _____ do banco _____ balcão _____ com o NIB _____ (confirmado por documento bancário) conjuntamente com o beneficiário do Instituto de Ação Social das Forças Armadas, I.P. (n.º e nome completo) _____ o qual é _____ (grau de parentesco, caso exista) do signatário, declara pela presente forma que se compromete perante o IASFA, I.P., a:

1. Comunicar imediatamente o falecimento do BT/BF detentor do Subsídio ou qualquer outra circunstância que conduza à perda ou alteração dos subsídios de que esse beneficiário esteja a usufruir;
2. Proceder à reposição imediata de qualquer quantia que tenha sido processada indevidamente a favor do beneficiário em causa;
3. Obrigar-se como devedor solidário e responsável principal, pelo cumprimento das obrigações do beneficiário indicado, que ao mesmo incumbem por motivo dos subsídios indevidos que o IASFA, I.P., deposite na conta acima referida.

Mais declara que, para os efeitos previstos no disposto no art.º 9.º, n.º 2 alínea h e n.º 3 e art.º 13.º do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, presta o seu consentimento para o tratamento dos seus dados pessoais entregues para efeitos da atribuição de Subsídio Complementar por Carência Económica ao BT/BF acima identificado, ao Instituto de Ação Social das Forças Armadas, I.P, com sede na Rua Pedro Nunes, n.º 8, 1069-023 Lisboa, também designado por IASFA, I.P.

_____ de _____ de _____

(assinatura) _____



W

MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL
DAS FORÇAS ARMADAS

Rua Pedro Nunes, 8 - 1069-023 LISBOA
Telof. 21 319 46 00 - Fax 21 356 25 95

Exm(o)(a) Senhor(o)(a)
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

0000-000 XXXXXXXXXXXX

Referência	N/Referência	Proc.	Data
		02. XXXXXXXXX	

ASSUNTO: ARQUIVAMENTO DO REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO COMPLEMENTAR POR CARÊNCIA ECONÓMICA

Informa-se V.Ex.^a que o requerimento de atribuição de Subsídio Complementar por Carência Económica (SCCE) foi arquivado, no cumprimento dos normativos legais do IASFA, I.P., por não ter(em) sido apresentado(s) no prazo fixado os seguintes documentos:
XX.

No caso de não haver concordância com os termos da presente decisão, poderá reclamar no prazo de 15 dias úteis, recorrer hierarquicamente no prazo de 3 meses ou impugnar contenciosamente no prazo de 3 meses, prazo que se suspende caso tenha reclamado ou recorrido contenciosamente.

Para qualquer informação/esclarecimento complementar ou outro assunto, poderá entrar em contacto com o Centro de Apoio Social do IASFA, I.P., da área de residência.

Com os melhores cumprimentos

O CHEFE DE DIVISÃO ou O DIRETOR DO CAS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX

C/C CAS/XXXXXXXXXX



INFORMAÇÃO SOCIAL

Nome do BT/BF:	
N.º BT/BF:	
Técnico Superior:	
Data:	/ /

Objetivos Específicos:	

1. Identificação do beneficiário e das pessoas que com ele vivam e relações de parentesco (mesmo que não sejam beneficiários do IASFA, I.P.)	
---	--



<p>2. Rendimentos e situação patrimonial, financeira e económica do requerente e dos restantes beneficiários, podendo, sempre que possível caracterizar a dos restantes membros do agregado familiar que não sejam beneficiários do IASFA, I.P.</p>	
<p>3. Identificação de situações determinantes da dispensa de disponibilidade ativa para a inserção profissional</p>	
<p>4. Identificação dos principais problemas e das situações jurídico-legais, que condicionem a autonomia social e económica do beneficiário e das pessoas que com ele vivam (mesmo que não sejam beneficiários do IASFA, I.P.)</p>	



11

<p>5. Identificação das capacidades e potencialidades, reveladas pelo beneficiário e pelos membros do seu agregado familiar (mesmo que não sejam beneficiários do IASFA, I.P.)</p>	
<p>6. Identificação das ações realizadas ou a realizar com o beneficiário tendo em vista a obtenção de respostas / apoios</p>	
<p>7. Identificação das diligências efetuadas ou a efetuar com serviços da comunidade, tendo em vista a obtenção de respostas / apoios</p>	



11

MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL
DAS FORÇAS ARMADAS

Rua Pedro Nunes, 8 - 1069-023 LISBOA
Telof. 21 319 46 00 - Fax 21 356 25 95

Exm(o)(a) Senhor(o)(a)
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

0000-000 XXXXXXXXXXXX

Referência	N/Referência	Proc.	Data
		02. XXXXXXXXX	

ASSUNTO: NOTIFICAÇÃO DE DECISÃO

Informa-se V.Ex.^a de que o requerimento de Subsídio Complementar por Carência Económica (SCCE) será indeferido se, no prazo de 15 dias úteis a contar da receção deste ofício, não der entrada no CAS da área de residência, resposta por escrito, da qual constem os elementos que possam obstar ao indeferimento, juntando meios de prova se for caso disso.

Os fundamentos para o indeferimento dão os a seguir indicados:

XX

XX.

Mais se informa, que, na falta de resposta, o indeferimento ocorre no primeiro dia útil seguinte ao do termo do prazo acima referido, data a partir da qual se inicia a contagem dos prazos de:

- 15 dias úteis para reclamar;
- 3 meses para recorrer hierarquicamente;
- 3 meses para impugnar contenciosamente, prazo que se suspende caso tenha reclamado ou recorrido hierarquicamente.

Para qualquer informação/esclarecimento complementar ou outro assunto, poderá entrar em contacto com o Centro de Apoio Social do IASFA, I.P., da área de residência.

Com os melhores cumprimentos

O CHEFE DE DIVISÃO

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXX



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL
DAS FORÇAS ARMADAS

Rua Pedro Nunes, 8 - 1069-023 LISBOA
 Telef. 21 319 46 00 - Fax 21 356 25 95

Exm(o)(a) Senhor(o)(a)
 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

0000-000 XXXXXXXXXXXX

Referência	N/Referência	Proc.	Data
		02. XXXXXXXXX	

ASSUNTO: ATRIBUIÇÃO DE SUBSÍDIO COMPLEMENTAR POR CARÊNCIA ECONÓMICA

1. Informa-se V.Ex.^a que foi atribuído o subsídio em referência, de acordo com os parâmetros a seguir indicados:

Data de Alteração:

Valor mensal atribuído:

Retroativos considerados:

N.I.B. para transferência:XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

2. Mais se informa que qualquer alteração que se verifique nos proventos (pensões, subsídios, rendimentos, etc), bem como outras referentes ao agregado familiar, deverá ser comunicada ao Centro de Apoio Social do IASFA, I.P., da área de residência.

Com os melhores cumprimentos

O CHEFE DE DIVISÃO

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 XXXXXXXX

C/C CAS/XXXXXXXXXX



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL
DAS FORÇAS ARMADAS

Rua Pedro Nunes, 8 - 1069-023 LISBOA
 Telof. 21 319 46 00 - Fax 21 356 25 95

Exm(o)(a) Senhor(o)(a)
 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

0000-000 XXXXXXXXXXXX

Referência	N/Referência	Proc.	Data
	XXXXXXXXXX	02. XXXXXXXXX	

ASSUNTO: REEMBOLSO DE SUBSÍDIO COMPLEMENTAR POR CARÊNCIA ECONÓMICA

O Subsídio Complementar por Carência Económica (SCCE) que estava a ser atribuído ao/à **BT/BF** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX foi cancelado em **mês/ano**, por motivo XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, pelo que foram creditado(s) indevidamente o(s) o(s) mês(es) XXXXXXXXXXXX, no valor total de 00,00€ (zero euros).

Face ao exposto, fica notificado de que, no cumprimento dos normativos legais do IASFA, I.P., encontra-se obrigado a proceder ao reembolso do SCCE, por meio de cheque ou vale postal à ordem do **IGCP, (Instituto de Gestão de Crédito Público)**, e/ou assim o pretenda por transferência bancária através do **NIB: 0781 0112 000 000 029 592 1**, no prazo de 30 dias, dirigida à Divisão de Assuntos Sociais (DAS) do IASFA, I.P..

No caso de não haver concordância com os termos da presente decisão, poderá reclamar no prazo de **15 dias úteis**, recorrer hierarquicamente no prazo de **3 meses** ou impugnar contenciosamente no prazo de **3 meses**, prazo que se suspende caso tenha reclamado ou recorrido contenciosamente.

Para qualquer informação/esclarecimento complementar ou outro assunto, poderá entrar em contacto com o Centro de Apoio Social do IASFA, I.P., da área de residência.

Com os melhores cumprimentos

O CHEFE DE DIVISÃO

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 XXXXXXXXX

C/Conhecimento:
 CAS/XXXXXXXXXX
 GPGFO

CAS

Exm(o)(a) Senhor(o)(a)

Para efeitos da revisão anual do Subsídio Complementar por Carência Económica (SCCE), de acordo com a Instrução Permanente: AS 15, solicita-se o envio da seguinte documentação assinalada com um «X» para o Centro de Apoio Social (CAS) _____:

BT BF

- Requerimento Inicial ou Pedido de Renovação do SCAP (IMP01_2018. Requerimento SCAP - DAS) em anexo;
- Declaração de IRS e respetiva demonstração de liquidação, ou certidão negativa emitida pela Repartição de Finanças, do ano _____;
- Fotocópia do boletim de vencimentos e/ou da pensão ou das pensões de reforma (Centro Nacional de Pensões – CNP, Caixa Geral de Aposentações – CGA, outros), ou caso não existam, declaração ou declarações negativas, conforme os casos, do ano _____;
- Declaração onde conste o histórico de contribuições para a Segurança Social;
- Fotocópia de documento onde conste o o Número de Identificação Bancária (NIB);
- Declaração de cotitular da conta bancária ou da pessoa autorizada à movimentação da mesma (IMP02_2018. Declaração SCAP - DAS);
- Disponibilização para consulta da fotocópia do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão do cotitular da conta bancária ou da pessoa autorizada à movimentação da mesma;
- Relatório médico circunstanciado comprovativo da incapacidade do BT/BF para angariar meios de subsistência, em idade ativa para o trabalho, emitido pelos serviços de saúde competentes do Serviço Nacional de Saúde;
- Declaração comprovativa da inscrição como candidato a emprego no Centro de

41

Emprego da área de residência, para os beneficiários com disponibilidade ativa para o trabalho;

Outros documentos: _____.

Mais se informa, que a atribuição do SCCE será suspensa, se no prazo de 20 dias, a contar da data de envio deste ofício, a documentação solicitada não der entrada no CAS _____.

Com os melhores cumprimentos

O DIRETOR DO CAS

XXXXXXXXXXXXXX



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL
DAS FORÇAS ARMADAS

Rua Pedro Nunes, 8 - 1069-023 LISBOA
 Telef. 21 319 46 00 - Fax 21 356 25 95

01

Exm(o)(a) Senhor(o)(a)
 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

0000-000 XXXXXXXXXXXX

Referência	N/Referência	Proc.	Data
		02. XXXXXXXXX	

ASSUNTO: CANCELAMENTO DE SUBSÍDIO COMPLEMENTAR POR CARÊNCIA ECONÓMICA

Informa-se V.Ex.^a que o Subsídio Complementar por Carência Económica (SCCE) que vinha recebendo, será cancelado por XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

Face ao exposto, fica notificado de que, no cumprimento dos normativos legais, o IASFA, I.P., encontra-se obrigado a proceder à cessação do pagamento do SCCE, a partir de dia de mês de ano.

No caso de não haver concordância com os termos da presente decisão, poderá reclamar no prazo de 15 dias úteis, recorrer hierarquicamente no prazo de 3 meses ou impugnar contenciosamente no prazo de 3 meses, prazo que se suspende caso tenha reclamado ou recorrido contenciosamente.

Para qualquer informação/esclarecimento complementar ou outro assunto, poderá entrar em contacto com o Centro de Apoio Social do IASFA, I.P., da área de residência.

Com os melhores cumprimentos

O CHEFE DE DIVISÃO

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 XXXXXXXXX

C/C CAS/XXXXXXXXXX