



INSTRUÇÃO PERMANENTE

Assunto:

NORMAS PARA A ATRIBUIÇÃO DE SUBSÍDIO COMPLEMENTAR DE APOIO DE 3.ª PESSOA (SCAP).

Promulgação:

O Presidente do CD

**RUI MANUEL XAVIER FERNANDES
MATIAS**

Tenente-General

Documento de Registo da Aprovação

ATA CD N.º 3/2019

Data de Entrada em Vigor

14JAN2019

Referências: IP: AS 02 – NORMAS PARA CÁLCULO 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 de Apoio de 3.ª Pessoa, adiante designado por SCAP, a prestar pelo IASFA, I.P., para compensar o acréscimo de encargos familiares em função do Beneficiário Titular (BT) / Beneficiário Familiar (BF) que, não possa praticar com autonomia os atos indispensáveis à satisfação das atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e necessite de apoio de 3.ª pessoa ou instituição/serviço.

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 SCAP 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.

4. CONDIÇÕES DE ATRIBUIÇÃO

4.1. O SCAP é atribuído a todo o beneficiário, em função da sua situação

INSTRUÇÃO PERMANENTE

(continuação)

IP: AS 08

Página: 2 de 6

Data: 14JAN2019

socioeconómica, que se encontre em situação de necessidade de apoio de 3.^a pessoa ou instituição/serviço, sem que se torne necessário o seu internamento em estabelecimento hospitalar ou integração em Famílias de Acolhimento/Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI).

4.2. O SCAP é antecedido de estudo técnico da situação socioeconómica, que inclui visita domiciliária, na perspetiva global do agregado familiar.

4.3. Não há lugar à atribuição de SCAP sempre que o BT/BF tenha requerido a Participação para Apoio Domiciliário pela Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM) ou pela Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I.P. (ADSE).

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:

- a) Requerimento Inicial ou Pedido de Renovação (IMP01/(ANO). Requerimento SCCE /SCAP/SCERPI- DAS);
- b) Declaração de Imposto sobre Rendimentos das 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 últimos 2 anos;
- c) Declarações das entidades pagadoras de rendimentos considerados para efeitos de cálculo da capitação e não declarados em sede de IRS;
- d) Atestado médico circunstanciado da situação de saúde, onde expressamente conste a necessidade de apoio de 3.^a pessoa do BT/BF;
- 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 movimentação da mesma (IMP02/(ANO). Declaração SCAP – DAS);
- g) Disponibilização da Fotocópia do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão do cotitular da conta bancária ou da pessoa autorizada à movimentação da mesma;

INSTRUÇÃO PERMANENTE
(continuação)

IP: AS 08

Página: 3 de 6

Data: 14JAN2019

- h) Ficha de identificação de 3.^a pessoa ou instituição/serviço, devidamente preenchida e assinada (IMP03/(ANO). Ficha de identificação de 3.^a pessoa SCAP – DAS);
- a) Disponibilização da Fotocópia do Cartão de Cidadão/Bilhete de Identidade da 3.^a pessoa ou tratando-se de instituição/serviço, alvará/autorização de funcionamento da Segurança Social;
- b) Declaração médica que ateste a capacidade física da 3.^a pessoa para prestar apoio;
- c) 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 não estarem devidamente instruídas, dispõe o beneficiário de um prazo de 10 dias (a partir da data de entrada do requerimento) para completar o processo, findo o qual, se não o fizer, será arquivado (IMP04/(ANO). Notificação de Arquivamento SCAP – DAS).
- 5.4.** A instrução do processo de candidatura é complementada por avaliação social (Mod. SCAP Avaliação Social), composto pela aplicação de escalas – Índice de Barthel, Índice de Lawton e Brody e Teste de Diminuição Cognitiva de 6 Itens - e elaboração de informação social.
- 5.5.** Em contexto de visita domiciliária o Técnico Superior de referência (Assistente Social) realizará, para efeitos de atribuição e renovação do SCAP, uma Avaliação Social (IMP05/(ANO). Avaliação Social SCAP – DAS).
- 5.6.** Sem prejuízo do disposto em 5.4 e 5.5, a informação recolhida é registada na aplicação Sistema de Informação da Ação Social Complementar (SIASC) – Processo Familiar.
- 5.7.** A proposta de atribuição do SCAP é registada no SIASC.

INSTRUÇÃO PERMANENTE

(continuação)

IP: AS 08

Página: 4 de 6

Data: 14JAN2019

6. APROVAÇÃO DA PROPOSTA DE ATRIBUIÇÃO

A aprovação da proposta de atribuição do SCAP 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 SCAP 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 prestações sociais, indicadas no ponto 5.2..
- 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 (IMP06/(ANO). Notificação de Indeferimento SCAP – DAS).

8. FORMA E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

- 8.1. O SCAP tem caráter mensal.
- 8.2. O SCAP 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 SCAP e valor mensal (IMP07/(ANO). Notificação de Atribuição SCAP – DAS).

9. REEMBOLSO

- 9.1. Sempre que se verifique que a atribuição do SCAP foi indevida, fica o beneficiário destinatário do apoio e/ou cotitular obrigados a reembolsar o IASFA, I.P. (IMP08/(ANO). Notificação de Reembolso SCAP – DAS).

INSTRUÇÃO PERMANENTE
(continuação)

IP: AS 08

Página: 5 de 6

Data: 14JAN2019

9.2. O beneficiário não pode obter outro apoio enquanto decorrer a amortização do anterior, exceto nas situações excepcionalmente 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 SCAP devem ser solicitados pelos CAS aos BT/BF até 31 de maio (IMP09/(ANO).
Notificação de Revisão SCAP – DAS).

11.2. Os CAS devem remeter as informações de proposta de revisão até 15 de outubro.

11.3. O SCAP é revisto em janeiro do ano seguinte, seguindo os procedimentos definidos no ponto 5, salvo as situações previstas no ponto 10.

12. CANCELAMENTO DO SUBSÍDIO

O SCAP cessa sempre que se verifique uma das seguintes situações (IMP10/(ANO).
Notificação de Cancelamento SCAP – DAS):

- a) quando o BT/BF deixar de reunir os critérios para atribuição do SCAP;
- b) falecimento do BT/BF;
- c) perda da qualidade de beneficiário.

13. CAPITAÇÃO E CÁLCULO

13.1. A capitação é obtida por aplicação da seguinte fórmula:

$$C = R / (12 \times N)$$

em que:

C – corresponde à capitação;

R – corresponde ao rendimento anual líquido do agregado familiar;

INSTRUÇÃO PERMANENTE
(continuação)

IP: AS 08

Página: 6 de 6

Data: 14JAN2019

N - corresponde ao número de pessoas que compõe o agregado familiar.

13.2. O valor a atribuir é obtido de acordo com a tabela de escalões de capitação à qual corresponde um valor fixo de SCAP¹.

13.3. Para o cálculo do SCAP é considerado como rendimento o valor do SCCE atribuído. Nas situações em que o SCCE não tenha sido atribuído o ano completo ou se trate de atribuição pela primeira vez, o valor do SCCE é anualizado.

14. DISPOSIÇÕES FINAIS

A presente IP, na data de entrada em vigor, revoga a IP: AS 16, de 19-08-2014.

15. ANEXOS

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

IMP02/(ANO). Declaração SCAP - DAS

IMP03/(ANO). Ficha de identificação de 3.^a pessoa SCAP - DAS

IMP04/(ANO). Notificação de Arquivamento SCAP - DAS

IMP05/(ANO). Avaliação Social SCAP - DAS

IMP06/(ANO). Notificação de Indeferimento SCAP - DAS

IMP07/(ANO). Notificação de Atribuição SCAP - DAS

IMP08/(ANO). Notificação de Reembolso SCAP - DAS

IMP09/(ANO). Notificação de Revisão SCAP - DAS

IMP10/(ANO). Notificação de Cancelamento SCAP - DAS

¹ Aprovado anualmente pelo Conselho Diretivo do IASFA, I.P..



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL

INSTITUTO DE AÇÃO SOCIAL DAS FORÇAS ARMADAS, I.P.

- Requerimento Inicial
- SCCE
- SCAP
- SCERPI

- Pedido de Revisão
- SCCE
- SCAP
- SCERPI

1 ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO REQUERENTE

Nome completo	<input type="checkbox"/> Beneficiário Titular
	<input type="checkbox"/> Beneficiário Familiar
Nome completo	<input type="checkbox"/> Beneficiário Titular
	<input type="checkbox"/> Beneficiário Familiar
Número de beneficiário	
	(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	
<input type="checkbox"/>	Ativo
<input type="checkbox"/>	Reserva na efetividade de serviço Desde/...../.....
<input type="checkbox"/>	Reserva fora da efetividade de serviço Desde/...../.....
<input type="checkbox"/>	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	
Cartão da ADM	Validade/...../.....
Morada	
Localidade	Código Postal -
Freguesia	Concelho Distrito
Telefone	Telemóvel E-mail
No caso de o BT já ter falecido indicar a data de óbito/...../.....	

3

ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO FAMILIAR CÔNJUGE/UNIÃO FACTO/DIVORCIADA

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

4

ELEMENTOS RELATIVOS AO(S) BENEFICIÁRIO(S) FAMILIAR(ES) DESCENDENTE(S)

(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

Frequente estabelecimento de ensino / especializado

Sim Se sim, indique qualNão

(2º 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/...../.....

(cont.)

Preencher, apenas, caso o BF seja portador de Deficiência

Adquirida

Grau de Incapacidade %

Congênita

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 %

Congênita

frequenta estabelecimento de ensino / especializado

Fre-

Sim

Se sim, indique qual

Não

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

6

CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE**Comprometo-me**

- a apresentar os meios de prova que forem considerados necessários à atribuição e manutenção do _____ 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 _____ 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 gosto conforme documento de identificação válido)

7

LOCAL DE ENTREGA

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

8

CONSENTIMENTO INFORMADO

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 de _____, bem como outra documentação que venha a entregar para a atribuição de _____ 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 de _____, bem como outra documentação que venha a entregar para a atribuição de _____ 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 de _____, bem como outra documentação que venha a entregar para a atribuição de _____ 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 de _____, bem como outra documentação que venha a entregar para a atribuição de _____ 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)

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 de Apoio de 3.ª Pessoa 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) _____



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

64

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE 3.ª PESSOA

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 À TERCEIRA PESSOA OU INSTITUIÇÃO/SERVIÇO

Nome Completo Data de nascimento.../.../.....

Morada.....

Localidade Código Postal - Freguesia Concelho Distrito

Telefone Telemóvel E-mail

Identificação da 3.ª pessoa particular:

Profissão

Grau de parentesco

N.º do BI/Cartão de Cidadão

N.º de Identificação Fiscal

Instituição/Serviço:

Natureza Jurídica

N.º de Identificação Fiscal

Identificar os cuidados prestados:.....

N.º de horas por dia/N.º de vezes por semana: Custo mensal:

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

Mais declaro 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, presto o meu consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais entregues para efeitos da atribuição de Subsídio Complementar de Apoio de 3.ª Pessoa, 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.

Data/...../.....

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

.....
Assinatura de terceira pessoa ou responsável pela Instituição com carimbo



Q

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: ARQUIVAMENTO DO REQUERIMENTO DE SUBSÍDIO COMPLEMENTAR DE APOIO DE 3.ª PESSOA

Informa-se V.Ex.ª que o requerimento de atribuição de Subsídio Complementar de Apoio de 3.ª Pessoa (SCAP) 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 DIRETOR DO CAS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX



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

AVALIAÇÃO SOCIAL

1 IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome completo

Número de beneficiário

Beneficiário Titular

Beneficiário Familiar

(Indicar Relação de parentesco com o BT)

Nota: As escalas que se seguem, embora sejam aplicadas sobretudo em pessoas idosas e doentes crónicos para avaliar as atividades básicas da vida diária e atividades instrumentais da vida diária, deverá o TSSS avaliar a pertinência da sua aplicação a BT/BF com idade inferior a 65 anos (justificar a não aplicação das escalas na Informação Social).

2 ÍNDICE DE BARTHEL - INSTRUÇÕES

Índice que permite avaliar o nível de independência do idoso para realizar as atividades básicas da vida diária (ABVD): alimentação, higiene pessoal, controlo vesical, controlo anal, transferência, mobilidade/deslocação, utilização da sanita, vestir-se, banho e subir/descer escadas.

Para cada ABVD o idoso é classificado como Dependente (0) ou Independente (5, 10 ou 15).

Pontuação:

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 10 ABVD e varia entre 0 (Dependente) a 100 pontos (Independente), correspondendo a pontuação ao número de ABVD em que o idoso é Independente.

	Pontos
Autónomo	100 pontos
Dependente leve	> 60 pontos
Dependente moderado	> 40 e ≤ 60 pontos
Dependente grave	≥ 20 e ≤ 40 pontos
Dependente total	< 20 pontos

1—Alimentação

Assinalar

Independente

10

Necessita de ajuda ou de dieta modificada

5

Totalmente dependente

0

**2—Higiene pessoal
(Barbear-se/Pentear-se/
Maquilhar-se/Lavar os
dentes)**

Independente

5

Necessita de ajuda

0

3—Controlo vesical

Continente

10

Acidente Ocasional

5

Incontinente (ou algaliado)

0

4—Controlo Anal

Continente

10

Acidente Ocasional

5

Incontinente (ou necessita de clister)

0

**5—Transferência
(cama/cadeira ou vice-
versa)**

Independente

15

Alguma ajuda (verbal ou física)

10

Muita ajuda (pode manter-se sentado)

5

Totalmente dependente, incapaz de manter a postura sentado

0

**6—Mobilidade/
Deslocação**Independente (pode usar ajuda técnica)

15

Ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

10

Independente em cadeira de rodas

5

Imóvel

0



7—Utilização da sanita (WC)

Assinalar

- Independente (sentar, levantar, vestir, puxar o autoclismo)
- Necessita de alguma ajuda
- Totalmente dependente

10
5
0

8—Vestir-se

- Independente (incluindo botões, atacadores)
- Necessita de ajuda
- Totalmente dependente

10
5
0

9—Banho

- Independente
- Necessita de ajuda

5
0

10— Subir/Descer Escadas

- Independente
- Necessita de ajuda (verbal, física ou ajudas técnicas)
- Incapaz

10
5
0

TOTAL

GRAU DE DEPENDÊNCIA.....

OBSERVAÇÕES:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DATA/...../.....

LOCAL

4 ÍNDICE DE LAWTON E BRODY— INSTRUÇÕES

Índice que permite avaliar a autonomia do idoso para realizar as atividades instrumentais de vida diária (AIVD): cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir às compras, uso de telefone, uso de transporte, gestão do dinheiro e responsável pelos medicamentos.

Para cada AIVD o idoso é classificado como Dependente (5) ou Independente (1).

Pontuação:

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 8 AIVD e varia entre 8 a 30 pontos, correspondendo a pontuação ao número de AIVD em que o idoso é Independente.

	Pontos
Independente	8
Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda	9-20
Severamente dependente, necessita de muita ajuda	21-30

4 ÍNDICE DE LAWTON E BRODY— APLICAÇÃO

1—Cuidar da casa

- Cuida da casa sem ajuda
- Faz tudo exceto o trabalho pesado
- Só faz tarefas leves
- Necessita de ajuda para todas as tarefas
- Incapaz de fazer alguma tarefa

Assinalar

1
2
3
4
5

2—Lavar a roupa

- Lava a sua roupa
- Só lava pequenas peças
- É incapaz de lavar a sua roupa

1
2
3

3—Preparar a comida

- Planeia, prepara e serve sem ajuda
- Prepara se lhe derem os ingredientes
- Prepara pratos pré-cozinhados
- Incapaz de preparar as refeições

1
2
3
4

4—Ir às compras

Assinalar

Faz as compras sem ajuda

1

Só faz pequenas compras

2

Faz as compras acompanhado

3

É incapaz de ir às compras

4

5—Uso de telefone

Usa-o sem dificuldade

1

Só liga para lugares familiares

2

Necessita de ajuda para o usar

3

Incapaz de usar o telefone

4

6—Uso de transporte

Viaja em transportes públicos ou conduz

1

Só anda de táxi

2

Necessita de acompanhamento

3

Incapaz de usar o transporte

4

7—Gestão do dinheiro

Paga as contas, vai ao banco, etc.

1

Só em pequenas quantidades de dinheiro

2

Incapaz de utilizar dinheiro

3

8—Responsável pelos medicamentos

Responsável pela sua medicação

1

Necessita que lhe preparem a medicação

2

Incapaz de se responsabilizar pela medicação

3

TOTAL

GRAU DE DEPENDÊNCIA

OBSERVAÇÕES:

DATA/...../.....

LOCAL

5 TESTE DE DIMINUIÇÃO COGNITIVA DE 6 ITENS — INSTRUÇÕES

Teste que permite detetar algum estado de demência no idoso, de prevenir a demência.

São colocadas 6 questões ao idoso, que permitem avaliar a percepção do idoso acerca das suas necessidades.

Pontuação:

A pontuação final resulta da soma da pontuação das 6 questões e varia entre 0 a 28 pontos, correspondendo a pontuação ao número de respostas em que o idoso apresenta normalidade.

	Pontos
Normalidade ou diminuição ligeira	0-10 pontos
Diminuição de moderada a grave	11-28 pontos

5 TESTE DE DIMINUIÇÃO COGNITIVA DE 6 ITENS — APLICAÇÃO

1—Em que ano estamos? _____

Correto

Errado

Assinalar

0

4

2—Em que mês estamos? _____

Correto

Errado

0

3

Nota: Após resposta à pergunta 2, ao beneficiário é comunicada a frase de memória: «Sr. João Silva, Rua das Flores, 42, Santarém», que ele deverá memorizar e repetir posteriormente (pergunta 6).

3—Que horas são? _____

Correto

Errado

0

3

4—Conte na ordem inversa de 20 para 1

Correto

1 erro

2 ou + erros

0

2

4

5—Diga os meses na ordem inversa

Correto

1 erro

2 ou + erros

0

2

4

5 TESTE DE DIMINUIÇÃO COGNITIVA DE 6 ITENS — APLICAÇÃO

01

6—Repita a frase de memória: «Sr. João Silva, Rua das Flores, 42, Santarém»

Assinalar

- Correto
- 1 erro
- 2 erros
- 3 erros
- 4 erros
- 5 ou + erros

0
2
4
6
8
10

TOTAL

ATIVIDADE COGNITIVA

OBSERVAÇÕES:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DATA/...../.....

LOCAL

9

As questões seguintes são dirigidas ao TSSS que efetuou a visita domiciliária e que aplicou as Escalas:

A informação foi obtida do:

Assinalar

BT

BF

Outro Especificar

Durante a entrevista o BT/BF falou:

Sem problemas

Só conversas simples

Entendeu as questões mas não respondeu

Não se exprimiu e revelou dificuldade de compreensão

Durante a entrevista o BT/BF apresentou-se:

Lúcido

Confuso

Medianamente confuso

Bastante confuso

Informação Social do CAS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



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

[Handwritten mark]

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 de Apoio de 3.^a Pessoa (SCAP) 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
 XXXXXXXXX



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 XXXXXXXXXX

Referência	N/Referência	Proc.	Data
		02. XXXXXXXXX	

ASSUNTO: ATRIBUIÇÃO DE SUBSÍDIO COMPLEMENTAR DE APOIO DE 3.ª PESSOA

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: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX



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
XXXXXXXXXX

Proc.
02. XXXXXXXX

Data

ASSUNTO: REEMBOLSO DE SUBSÍDIO COMPLEMENTAR DE APOIO DE 3.ª PESSOA

O Subsídio Complementar de Apoio de 3.ª Pessoa (SCAP) 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, o IASFA, I.P., encontra-se obrigado a proceder ao reembolso do SCAP, 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

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXX

C/Conhecimento:
CAS/XXXXXXXXXX
GPGFO

CAS

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

Para efeitos da revisão anual do Subsídio Complementar de Apoio de 3.^a Pessoa (SCAP), de acordo com a Instrução Permanente: AS XXXXXXXX, solicita-se o envio da seguinte documentação assinalada com um «X» para o Centro de Apoio Social (CAS) xxxxxxxxxxxx:

BT BF

- Requerimento Inicial ou Pedido de Renovação (IMP01/2018. Requerimento SCCE /SCAP/SCERPI- DAS);
- Declaração de Imposto sobre Rendimentos das 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;
- Declarações das entidades pagadoras de rendimentos considerados para efeitos de cálculo da capitação e não declarados em sede de IRS;
- Atestado médico circunstanciado da situação de saúde, onde expressamente conste a necessidade de apoio de 3.^a pessoa;
- Fotocópia de documento onde conste o Número Internacional de Conta Bancária (IBAN);
- Declaração de cotitular da conta bancária ou da pessoa autorizada à movimentação da mesma (IMP02/2018. Declaração SCAP – DAS) em anexo;
- Disponibilização para consulta do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão do cotitular da conta bancária ou da pessoa autorizada à movimentação da mesma;
- Ficha de Identificação da 3.^a pessoa ou instituição/serviço, devidamente preenchida e assinada (IMP03/2018. Ficha de identificação de 3.^a pessoa SCAP – DAS);

- Disponibilização para consulta do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão da 3.ª pessoa ou tratando-se de instituição/serviço, alvará/autorização de funcionamento da Segurança Social;
- Declaração médica que ateste a capacidade da 3.ª pessoa para prestar apoio;
- Outros documentos: _____.

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

Com os melhores cumprimentos

O DIRETOR DO CAS

XXXXXXXXXXXXXXXX



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 XXXXXXXXXX

11

Referência	NºReferência	Proc.	Data
		02. XXXXXXXXX	

ASSUNTO: CANCELAMENTO DE SUBSÍDIO COMPLEMENTAR DE APOIO DE 3.ª PESSOA

Informa-se V.Ex.ª que o Subsídio Complementar de Apoio de 3.ª Pessoa (SCAP) que vinha sendo atribuído, será cancelado por XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

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 SCAP, 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

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX