

DECLARAÇÃO DE DESPESA n.º \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_\_

(Mês de Apoio) (Ano)

**(COMPARTICIPAÇÃO DE APOIO DOMICILIÁRIO POR FAMILIAR)**

(Enviar 1 declaração por cada mês de apoio)

Eu, \_\_\_\_\_<sup>(1)</sup> com o  
(Nome do familiar que presta apoio domiciliário)  
contribuinte n.º \_\_\_\_\_ venho por este meio declarar, sob  
compromisso de honra, que prestei serviço de Apoio Domiciliário por familiar  
a(o) \_\_\_\_\_<sup>(2)</sup>  
minha (meu)  
(Nome do beneficiário para quem é pedida a autorização)  
\_\_\_\_\_<sup>(3)</sup>

beneficiário ADM n.º \_\_\_\_\_ durante o mês de \_\_\_\_\_  
de 20 \_\_\_\_ no total de \_\_\_\_ dias, e que gastei com o meu familiar um total de  
\_\_\_\_. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_€<sup>(4)</sup> durante esse mês.

Solicito que me seja participado o serviço supra mencionado.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

(O(a) prestador(a) do serviço)

1) Nome do prestador do serviço

2) Grau de parentesco com o beneficiário

3) Nome do beneficiário para quem é pedida a autorização

4) Valor aproximado de gastos com o familiar em despesas de saúde