

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

1.ª Vez

Renovação

Alteração de forma de apoio ou entidade

**Dados Pessoais do Beneficiário que Requer Comparticipação**

Nome Completo \_\_\_\_\_

Nº de Beneficiário ADM \_\_\_\_\_

**Dados sobre o Apoio Solicitado**

Tipo de apoio Lar / casa de repouso

Apoio domiciliário - Por particular  Por entidade  Por familiar

Centro Dia

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

Quais? \_\_\_\_\_

**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. Estamos cientes que, nos termos do artigo 348-A do Código Penal, as falsas declarações são punidas por lei.

Data .....

Assinatura do beneficiário ou seu representante

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_