

ARTIGO 11° (Regulamento do FSA)
ARTIGO 17° (Normas Complementares do FSA)
(Internamento em Estrutura Residencial para Idosos (ERPI))

- A habilitação a benefícios, neste âmbito, carece de apresentação dos seguintes documentos:
 - Requerimento de modelo em vigor no SAMS SBN;
 - Relatório clínico circunstanciado justificativo da necessidade de internamento, de modelo em vigor no SAMS SBN;
 - Declaração da Instituição, contendo a indicação da data de internamento e respetiva mensalidade;
 - Fotocópia do alvará do estabelecimento ou da autorização provisória de funcionamento, emitido pelas entidades competentes;
 - Comprovativo da habilitação ao complemento por dependência concedido pela Segurança Social;
 - Comprovativo dos rendimentos auferidos;
 - Fatura/Recibo contendo o discriminativo da despesa;
 - Atestado Multiusos atestando o grau de incapacidade.
- É obrigatória a comunicação da mudança de instituição sempre que a mesma se verifique.
- A comparticipação neste regime não é acumulável com outra modalidade de internamento.
A comparticipação a atribuir é de 80% do custo da mensalidade apresentada, não podendo ultrapassar o valor de 2 x UCM – Unidade de Conta Mensal, (UCM corresponde ao valor constante do anexo VI nos termos da cláusula 111° do ACT com a APB “por cada trabalhador no ativo”).
- Este subsídio só é aplicável quando o rendimento do agregado familiar per capita não for superior a 6,5*UCM – Unidade de Conta Mensal.
- Ao valor mensal da comparticipação a atribuir é deduzido o montante correspondente ao complemento de dependência concedido pela Segurança Social ou ao subsídio de assistência de terceira pessoa.

Para mais informações consulte o Regulamento do FSA e Normas Complementares em: www.sbn.pt

REGISTO DE ENTRADA

Beneficiário - Titular

N° de Beneficiário _____ Ativo Reforma FSA desde _____ / _____
 Nome _____
 Telefone _____ Telemóvel _____ Banco _____ Balcão _____

Estrutura Residencial para Idosos

Nos termos e para efeitos previstos no Art° 11° do Regulamento do FSA e Art° 17° das Normas Complementares do FSA, solicito a concessão do referido benefício, pelo que presto as seguintes informações:

Beneficiário

N° de Beneficiário _____ Data de nascimento _____ / _____ / _____
 Nome _____
 Parentesco com o Titular _____ Estado Civil _____

Antecedentes de comparticipação neste domínio:

Em caso positivo: Comparticipação pelo SAMS SBN Comparticipação por outra instituição

Internamento em Estrutura Residencial para Idosos - IPSS Sim Não

Alvará n° _____
 Designação _____
 Endereço _____
 Telefone _____
 Início do internamento _____ / _____ / _____ Valor da mensalidade _____ €

Comprovativo de rendimentos

Rendimento do agregado familiar _____ € Número de pessoas do agregado familiar
 Rendimento per capita do agregado familiar _____ €

Documentos em anexo:

- Relatório Clínico circunstanciado, Modelo 203 em uso no SAMS SBN, justificativo da necessidade de internamento.
- Declaração da Instituição com indicação da data de internamento e respetiva mensalidade.
- Fotocópia da emissão de alvará ou autorização provisória de funcionamento pelas entidades competentes.
- Comprovativo da habilitação ao Complemento de Dependência concedido pela Segurança Social.
- Comprovativo dos rendimentos auferidos, incluindo fotocópia do IRS.
- Fatura/recibo discriminativa referente à despesa.
- _____
- _____

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo a sua responsabilidade.

Autorizo que as mesmas e os dados pessoais fornecidos neste impresso, sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos do SAMS SBN.

O Sócio/Beneficiário Titular

Data ____ / ____ / ____

(Assinatura conforme B.I.(C.C.))

No SBN, a proteção e a segurança dos dados pessoais são uma das nossas prioridades. Recolhemos e procedemos aos demais tratamentos dos seus dados recolhidos neste formulário na estrita medida do necessário, com a finalidade exposta e identificada no topo deste formulário. Não partilhamos as suas informações com terceiros, exceto nas situações pontualmente previstas na lei. Para mais informações sobre como os seus dados são tratados, consulte a nossa Política de Privacidade.

NOTA: Os benefícios previstos neste domínio, produzem efeitos a partir da data de entrada do requerimento no SAMS SBN.

Para uso exclusivo dos Serviços

Parecer do Serviço Social

SAMS ____ / ____ / ____

Parecer da Direção Clínica

SAMS ____ / ____ / ____

Despacho do Conselho de Gerência

SAMS ____ / ____ / ____

Instruções para procedimento administrativo

SAMS ____ / ____ / ____