

## Renovação de Apoio

1. A habilitação a comparticipação neste domínio, faz-se mediante a apresentação dos seguintes documentos:
  - a) Requerimento em impresso próprio em vigor no SAMS (modelo 204)
  - b) Relatório clínico em impresso próprio em vigor no SAMS (modelo 203)
  - c) Declaração da entidade prestadora de serviços;
  - d) Factura/recibo discriminativo referente à despesa;
  - e) Fotocópia do recibo da pensão de invalidez concedida pela Segurança Social.
2. A renovação do processo faz-se no início de cada ano civil, salvo quando o mesmo tenha sido constituído no decurso do último trimestre do ano, em que se considera automaticamente renovado até ao final do ano subsequente.
3. É dispensada a apresentação anual de prova de deficiência sempre que esta, pelas suas características, seja considerada permanente na avaliação inicial.
4. Ao valor mensal da comparticipação a atribuir é deduzido o montante correspondente ao complemento de dependência concedido pela Segurança Social.

## REGISTO DE ENTRADA

### A preencher pelo Beneficiário Titular

#### Beneficiário - Titular

Nº de Beneficiário \_\_\_\_\_  Ativo  Reforma FSA desde \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_ Banco \_\_\_\_\_ Balcão \_\_\_\_\_

#### Apoio na Deficiência

Renovação

Para efeitos de renovação do referido benefício, presto as seguintes declarações:

#### Beneficiário

Nº de Beneficiário \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Parentesco com o Titular \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Nome da Instituição \_\_\_\_\_

Regime de frequência:  Internato  Semi-internato  Externato Início da frequência \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Semi-internato Valor da mensalidade \_\_\_\_\_ €

Externato Despesa de alimentação \_\_\_\_\_ €

Despesa de transporte \_\_\_\_\_ €

Necessidade de acompanhamento:  Sim  Não

Documentos em anexo:

- Relatório Clínico em vigor no SAMS (modelo 203)
- Declaração da entidade prestadora de serviços;
- Fotocópia do recibo da pensão de invalidez concedida pela Segurança Social;
- Fotocópia do comprovativo da habilitação ao Complemento por dependência concedido pela Segurança Social.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

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 Direcção Clínica**

SAMS \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Despacho do Conselho de Gerência**

SAMS \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Instruções para procedimento administrativo**

SAMS \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_