

**Artº 10º do Regulamento do FSA (Apoio na Invalidez)
ARTIGO 16º (Apoio na invalidez)**

- A habilitação a benefícios neste âmbito faz-se mediante a apresentação dos seguintes documentos:
 - Requerimento de modelo em vigor no SAMS SBN;
 - Relatório clínico de modelo em vigor no SAMS SBN;
 - Comprovativo de habilitação ao complemento por dependência concedido pela Segurança Social;
 - Comprovativo dos rendimentos e despesas fixas do agregado familiar, onde se inclui a fotocópia da última declaração de IRS apresentada e quaisquer outros documentos considerados necessários para a análise da situação socioeconómica do Beneficiário;
 - Atestado Multiusos atestando o grau de incapacidade.
- O subsídio a atribuir, previsto para este domínio, não é acumulável com qualquer modalidade de internamento.
O valor mensal do subsídio a atribuir é o correspondente ao fixado na Tabela do SAMS SBN, o valor de o correspondente a meia UCM e uma UCM - Unidade de Conta Mensal (UCM Página 9 de 13 corresponde ao valor constante do anexo VI nos termos da cláusula 111º do ACT com a APB "por cada trabalhador no ativo"), consoante o grau de dependência "Não Profundo / Profundo".
- 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 do subsídio 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

Nº de Beneficiário _____ Ativo Reforma FSA desde _____ / _____

Nome _____

Telefone _____ Telemóvel _____ Banco _____

Apoio na Invalidez

1º Pedido Renovação

Nos termos e para efeitos previstos no Artº 10º do Regulamento do FSA e Artº 16º das Normas Complementares do FSA solicito a concessão do referido benefício, pelo que presto as seguintes informações:

Beneficiário

Nº de Beneficiário _____ Data de nascimento ____ / ____ / ____

Nome _____

Parentesco com o Titular _____ Estado civil _____ Nº contribuinte _____

Médico assistente:

Nome _____

Especialidade _____

Dependente nas Atividades de Vida Diária SIM NÃO

Comprovativo de rendimentos

Rendimento do agregado familiar _____ € Nº de pessoas do Agregado Familiar

Rendimento per capita do agregado familiar _____ €

Documentos em anexo:

- Relatório Clínico, Modelo 203 em uso no SAMS SBN
- Comprovativo da habilitação ao Complemento de Dependência concedido pela Segurança Social
- Comprovativo dos rendimentos e despesas fixas do agregado familiar através de fotocópia do IRS
- Atestado de incapacidade emitido pela Direção Regional de Saúde
- _____
- _____
- _____

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 ____ / ____ / ____ _____