

Assunto: Procedimentos para o pagamento do Apoio Domiciliário por 3.^a Pessoa.

Para: Todos os funcionários dos Reembolsos.

- 1 – O pagamento é feito mensalmente ao beneficiário, por transferência bancária. Excepcionalmente, nas situações em que o beneficiário não tem conta, o pagamento será feito ao balcão. Nestes casos, o beneficiário ou o seu representante deverá assinar o recibo atestando que recebeu o apoio;
- 2 – O beneficiário deverá preencher e assinar, **até ao dia 5 de cada mês**, o recibo correspondente (doc. 1), para poder ser efectuada a transferência bancária;
- 3 – Os recibos entregues depois dessa data só poderão ser processados no mês seguinte;
- 4 – No momento da entrega do recibo é preenchido um requerimento de reembolso de comparticipação de despesas (doc. 2);
- 5 – Os recibos são mensais, pelo que cada mês só pode ser comparticipado através de um único recibo e uma única vez;
- 6 – O pagamento só poderá ser efectuado, independentemente da forma que revestir, após confirmação no processo do beneficiário da autorização respectiva e do escalão correspondente;
- 7 – Os pagamentos, incluindo os efectuados ao balcão, carecem de autorização no próprio recibo de reembolso da coordenadora da secção, que deverá apor no recibo a data de autorização do processo (ou respectiva actualização);
- 8 – Durante o mês de Maio de cada ano, a Secção de Reembolsos deverá emitir ofício a todos os beneficiários solicitando envio da declaração de rendimentos actualizada, para reanálise do processo. A monitorização deste processo é da responsabilidade da coordenadora da secção que deverá zelar pela garantia da actualização dos valores pagos;
- 9 – O pagamento da comparticipação inicia-se após despacho superior. No entanto, por regra, será atribuído a partir do mês seguinte à entrada do processo, **desde que este esteja completo**.

10 – No início de cada mês, a Secção de Reembolsos deverá elaborar uma listagem para controlo dos beneficiários que têm direito a receber o apoio, respectivos escalões e valores;

11 – **Até ao dia 10 de cada mês**, a Secção de Reembolsos deverá enviar, conjuntamente com os recibos de reembolso respectivos, listagem à Contabilidade para que seja processada a transferência.

A listagem deverá ser rubricada pela coordenadora e conter os seguintes elementos:

- ✓ Indicação do tipo de reembolso a efectuar e mês a que respeita;
- ✓ Nome do beneficiário;
- ✓ Banco;
- ✓ NIB;
- ✓ Valor;

A ordenação da listagem deverá ser feita por banco. A mesma listagem deverá ser enviada, em simultâneo, por mail, para a coordenadora da Secção de Gestão Orçamental e para a coordenadora da Secção de Despesa;

12 – Os beneficiários com processos já autorizados deverão ser contactados para procederem à actualização dos processos, de acordo com os procedimentos agora definidos, sendo-lhes dado um prazo de 30 dias para o efeito;

13 – Os pagamentos por transferência bancária iniciar-se-ão a partir do mês de Abril.

O Presidente



Maurício Melim

DOE.1



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE
E ASSUNTOS SOCIAIS, IP-RAM

APOIO DOMICILIÁRIO POR 3.ª PESSOA – RECIBO

N.º Beneficiário

ANO/MÊS ____/____

Nome: _____

A preencher pela 3.ª pessoa

Contribuinte <input type="text"/>
Assinatura _____
Data ____/____/____

Escalão <input type="checkbox"/>
Valor € _____

Responsabilizo-me, sob compromisso de honra, pelas declarações prestadas
(as falsas declarações são puníveis nos termos da lei)

Data ____/____/____

Assinatura do beneficiário (ou responsável)

DOE-2



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE
E ASSUNTOS SOCIAIS, IP-RAM

Despacho

ADSE n.º

SRS – Cartão do Utente

Nome:	
Morada:	
Contribuinte	Telefone:

Requer o reembolso da comparticipação das despesas, conforme documento em anexo:

Data: ___/___/___

Hora: _____ Recebido por: _____

- Meios de correcção e compensação _____
- Internamento/Ambulatório* _____
- Actos e Próteses Estomatológicas _____
- Transportes _____
- Apoio Domiciliário por Terceira Pessoa _____
- Outros _____

Se o reembolso for referente a Descendentes(s) ou a um Cônjuge preencher os dados seguintes

ADSE n.º

Descendente

Cônjuge

Nome: _____

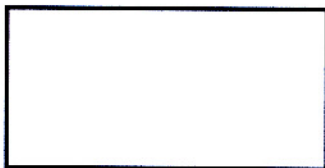
ADSE n.º

Descendente

Cônjuge

Nome: _____

Obs.: _____



Secção de Reembolsos

Iliquido	Liquido
€ _____	€ _____
Extenso _____	

Pede Deferimento

Funchal, ___ de _____ de _____

O utente

Chefia/Secção

Está conforme a tabela da ADSE/SRS

Data: ___/___/___

Informado o interessado a ___/___/___

Obs.: _____

Funcionário: _____