

Assunto: Procedimentos para instrução dos processos de Apoio Domiciliário por 3.ª Pessoa.

Para: Todos os funcionários dos Reembolsos.

- 1 – Esta modalidade visa apoiar os utentes que, por se encontrarem em situação de dependência, necessitam de assistência e vigilância permanente de uma terceira pessoa;
- 2 – O pagamento reveste a forma de reembolso das despesas incorridas com o apoio prestado pela 3.ª pessoa;
- 3 – O processo deve ser instruído com os seguintes elementos:
 - ✓ Requerimento (doc. 1);
 - ✓ Ficha de beneficiário (doc. 2);
 - ✓ Ficha de 3.ª pessoa (doc. 3);
 - ✓ Relatório médico (original) circunstanciado;
 - ✓ Rendimentos do agregado familiar (declaração de IRS ou declaração das Finanças);
 - ✓ Declaração da Segurança Social /CGA a dizer que o beneficiário não auferir qualquer complemento de dependência;
 - ✓ Fotocópia do BI do beneficiário (2 lados);
 - ✓ Declaração da Junta de Freguesia atestando a constituição do agregado familiar;
 - ✓ Fotocópia do BI da 3.ª pessoa (2 lados);
 - ✓ Declaração médica atestando a capacidade física e psíquica da 3.ª pessoa para prestar o apoio;
 - ✓ NIB do beneficiário (em documento bancário onde conste o titular da conta);
 - ✓ Se a 3.ª pessoa for um familiar (não pode exercer uma actividade remunerada):
 - Declaração do Centro de Segurança Social/CGA comprovativa de não exercer actividade profissional;

Nota: quando o beneficiário não for capaz de assinar, assina o representante e nas observações da ficha deverá constar a justificação desse facto.

4 – O pagamento é feito ao beneficiário, contra entrega do original do recibo, devendo como regra ser efectuado por transferência bancária. Nas situações em que o beneficiário não tem conta, o próprio ou o seu representante, quando vier receber assina um documento atestando que recebeu o apoio;

5 – Poderá ser solicitada sempre que se considere necessário, actualização de dados, designadamente:

✓ Clínicos;

✓ Rendimentos;

6 – A atribuição da comparticipação inicia-se após despacho superior. Por regra, a ADSE atribui a partir do mês seguinte à entrega do processo, **desde que este esteja completo**.

7 – Não são comparticipados beneficiários cuja doença resulte da responsabilidade de terceiros.

8 – Os processos, depois de serem autorizados, deverão ser arquivados em capas próprias, organizadas por ordem alfabética. Sempre que um processo for objecto de actualização, a documentação respectiva deverá ficar apensa ao processo inicial.

O Presidente



Maurício Melim

Doc. 1



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

Despacho

Requerimento Apoio domiciliário por 3.ª Pessoa

Nome: _____

ADSE n.º

Titular: Familiar:

Telefone: _____

Documentos entregues:

- Ficha de beneficiário
- Ficha da 3.ª Pessoa
- Relatório Médico (original circunstanciado)
- Rendimentos do agregado familiar
- Declaração Médica p/ a 3.ª pessoa
- Decl. SS/CGA p/ a 3.ª Pessoa como não exerce act. prof. (se familiar)
- B.I. do beneficiário
- B.I da 3.ª Pessoa
- NIB
- Declaração da Junta de Freguesia
- Decl. SS/CGA como não aufero complemento dependência

Obs.:

Pede Deferimento

Funchal, ____ de ____ de ____

O utente

Secção da ADSE

Rend. anual líquido do agregado familiar € _____

N.º de Pessoas do agregado familiar _____

Capitação: € _____ Escalão € _____

Escalão	Capital €	Comp./dia €
1	≤ 322,40	5,99
2	> 322,40 ≤ 443,30	5,49
3	> 443,30 ≤ 564,20	4,74
4	≤ 564,20	2,50

Chefia/Secção
Esta conforme a tabela da ADSE

Informado o interessado a ____/____/____

Obs.: _____

Data: ____/____/____

Funcionário: _____



Região Autónoma da Madeira
Governho Regional
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE
E ASSUNTOS SOCIAIS, IP-RAM

FICHA DE BENEFICIÁRIO

N.º de Beneficiário da ADSE

Nome do beneficiário

NIB BI

Pedido de comparticipação em (assinalar com X): APOIO DOMICILIÁRIO LAR

LAR: Nome NIF

Morada

Código Postal Telef. Mensalidade €

Table with 6 columns: Parentesco, Nome, Data do nascimento, Estado Civil, Habilitações literárias, Última profissão. Header: AGREGADO FAMILIAR. Row 1: Próprio.

Vive/Vivia sozinho? Sim Não Se não, com quem
Tem outros familiares? Sim Não Se sim, quem
Motivo da necessidade de Apoio (Domiciliário/Lar):

Está acamado? Sim Não Se sim, há quanto tempo?
Veste-se sozinho? Sim com ajuda Não
Lava-se sozinho? Sim com ajuda Não
Come sozinho? Sim com ajuda Não
Anda sozinho? Sim com ajuda Não
Vai à rua sozinho? Sim com ajuda Não
Usa auxiliares de marcha? Sim Não Se sim, quais
Usa Fraldas? Sim Não
Observações

Assinatura do beneficiário

Assinatura do representante do beneficiário

Nome

Parentesco

Morada para contacto

Código Postal Telef.

Observações

Data / /200

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaramos que nos responsabilizamos quanto às declarações prestadas e nos comprometemos a informar qualquer alteração posterior.

Data

Assinatura

Assinatura

(beneficiário titular ou representante)

(terceira pessoa ou responsável pela instituição com carimbo)



Região Autónoma da Madeira
Governo Regional
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE
E ASSUNTOS SOCIAIS, IP-RAM

**APOIO
DOMICILIÁRIO**

FICHA DE TERCEIRA PESSOA / INSTITUIÇÃO

O beneficiário da ADSE n.º

Nome

requer que lhe seja concedida comparticipação por apoio de terceira pessoa

IDENTIFICAÇÃO DA TERCEIRA PESSOA OU INSTITUIÇÃO / SERVIÇO

Nome completo

Morada

Freguesia Concelho Distrito

Código Postal - Telefone

Número Fiscal de Contribuinte

• **Terceira pessoa particular:** Profissão Grau de parentesco

(Enviar fotocópia do Bilhete de Identidade e do Cartão de Contribuinte)

• **Instituição / Serviço:** IPSS Com fins lucrativos Oficial

Valências:

(Enviar fotocópia de recibo em branco)

CUIDADOS PRESTADOS AO BENEFICIÁRIO

Higiene pessoal Alimentação Vestuário Locomoção

Uso de instalações sanitárias Outros Quais?

N.º horas por dia: N.º vezes semana: Encargo mensal previsível €

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaramos que nos responsabilizamos quanto às declarações prestadas e nos comprometemos a informar qualquer alteração posterior.

Data

Assinatura

Assinatura

.....
(beneficiário titular ou representante)

.....
(terceira pessoa ou responsável pela instituição com carimbo)