

## APOIO DOMICILIÁRIO

Nos termos do Regulamento do Regime Especial (FSA), requeiro a atribuição de comparticipação no âmbito do apoio domiciliário.

(Obs: Os benefícios previstos neste domínio são atribuídos a partir da data de receção do processo completo no SAMS, sem retroatividade).

N.º Beneficiário(a) titular e sócio(a) do FSA \_\_\_\_\_

Nome do titular

N.º Beneficiário(a) familiar \_\_\_\_\_

Nome do familiar

Contatos a usar neste processo

Nome

Parentesco

Telefone \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### Documentação a anexar:

Relatório clínico (modelo em vigor no SAMS)

Nota: Obrigatoriedade do preenchimento do verso por parte do prestador de serviços.

Autorizo que as informações e dados pessoais fornecidos neste impresso e documentos anexos, bem como os obtidos pelo Mais Sindicato e pelo SAMS através da prestação de serviços, sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos do Mais Sindicato ou do SAMS.

Sem prejuízo do referido, o Mais Sindicato ou o SAMS poderão facultar a terceiros dados pessoais de que sejam destinatários, na estrita medida em que tais dados sejam necessários, adequados e pertinentes para a prestação de serviços e assegurando-se a segurança da informação de acordo com o RGPD.

O Mais Sindicato é responsável pelo tratamento dos dados constantes deste formulário, de acordo com a respetiva Política de Privacidade e assegurará aos seus titulares os direitos de acesso, retificação, eliminação, limitação, portabilidade e oposição, sempre que legitimamente lho solicitem, por escrito.

**Titular**

(Ou responsável pelo titular quando inabilitado)

**Familiar**

(Ou responsável pelo familiar quando inabilitado)

Data \_\_\_\_\_

(Assinatura conforme documento oficial de identificação)

(Assinatura conforme documento oficial de identificação)

Pode ser enviado por e-mail para [comp.diretas@sams.pt](mailto:comp.diretas@sams.pt)

### A preencher pela entidade prestadora do serviço de apoio domiciliário

Nome \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Alvará da Segurança Social \_\_\_\_\_

Início prestação dos serviços \_\_\_\_\_

Custo por dia do serviço de higiene pessoal (1) \_\_\_\_\_

Frequência

Diária (inclui fins de semana)

Dias úteis

Semanal

Outra \_\_\_\_\_

(1). Apenas são suscetíveis de comparticipação despesas referentes a "cuidados higiene pessoal"

Entidade

Data \_\_\_\_\_