

A preencher pela entidade Prestadora do serviço de Apoio Domiciliário

NOME _____
MORADA _____
TELEFONE _____ EMAIL _____
ALVARÁ DA SEGURANÇA SOCIAL Nº _____
INICIO PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS ____/____/____
CUSTO POR DIA DO SERVIÇO DE HIGIENE PESSOAL(1) € _____
FREQUÊNCIA:
<input type="checkbox"/> Diária (inclui fins de semana)
<input type="checkbox"/> Dias úteis
<input type="checkbox"/> Semanal
<input type="checkbox"/> Outra _____
(1) Apenas são suscetíveis de comparticipação despesas referentes a “cuidados higiene pessoal”

DATA ____/____/____

(Assinatura autenticada com carimbo da Entidade)

O SBSI/SAMS é responsável pelos presentes dados e assegura aos seus titulares o direito de acesso, correção e supressão, sempre que legitimamente, lho solicitem, por escrito.
--