

EDUCAÇÃO ESPECIAL / APOIO A BENEFICIÁRIOS(AS) COM DEFICIÊNCIA MAIORES 24 ANOS

1.ª vez Renovação

Ano lectivo ____ / ____

Nos termos do Regulamento do Regime Especial (FSA), requiro a atribuição de participação por frequência de instituição/tratamentos especializados.

(Obs: Os benefícios previstos neste domínio produzem efeitos 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) - dispensável em caso de renovação
- Plano de intervenção terapêutica (tratamentos especializados)
- Comprovativo de habilitação/atribuição de subsídio de complemento por dependência ou assistência de 3.ª pessoa (exclusivo para Apoio Def. >24 anos)

Nota: Obrigatoriedade do preenchimento do verso por parte dos prestadores 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

Frequência de estabelecimento - a preencher pela instituição

Nome da instituição _____

Localidade _____ Utente admitido em _____

Serviços/atividades incluídas na mensalidade:

CENTRO ACTIVIDADES OCUPACIONAIS (CAO)	_____
RESIDÊNCIA	_____
ALIMENTAÇÃO (1)	_____
TRANSPORTE	_____
OUTRAS ACTIVIDADES - Quais:	_____
_____	_____
_____	_____
TOTAL DA MENSALIDADE	_____

(1). Se não for indicado o valor é deduzido o montante fixado em portaria

Assinatura/carimbo da instituição

Data _____

Tratamentos especializados - a preencher pelos técnicos

PSICOMOTRICIDADE / TERAPIA PSICOMOTORA / OCUPACIONAL

Nome _____

Especialização _____ N.º cédula _____

Plano Terapêutico Bissemanal Semanal Quinzenal Outra

Início do Tratamento _____ Custo por Sessão _____

TERAPIA DA FALA

Nome _____

Especialização _____ N.º cédula _____

Plano Terapêutico Bissemanal Semanal Quinzenal Outra

Início do Tratamento _____ Custo por Sessão _____