

INTERNAMENTO EM LAR DE IDOSOS

Nos termos do Regulamento do Regime Especial (FSA), requeiro a atribuição de comparticipação no âmbito de Internamento em Lar de Idosos.

(Obs: Os benefícios previstos neste domínio são atribuídos a partir 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 anexar:

- Relatório Clínico (modelo em vigor nos SAMS)
- Declaração da Instituição com indicação da data de admissão e do valor da mensalidade
- Fotocópia da Licença de Funcionamento / Alvará, emitido pela Segurança Social
- Declaração Anual de Rendimentos (IRS - declaração comprovativa e notificação)
- Fotocópia do ultimo recibo de pensão/ reforma
- Comprovativo de auferimento do subsídio de complemento por dependência (CNP/CGA) ou habilitação
- Titulares de outros subsistemas: comprovativo de habilitação/atribuição de idêntico benefício por parte de subsistema a que pertence

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

Pág. 1/1