

INSCRIÇÃO PARA LAR DE IDOSOS

Inscrição Atualização

Titular

N.º Sócio(a) _____ N.º Beneficiário(a) _____

Nome completo (conforme documento oficial de identificação): _____

1. Candidato a residente

N.º Beneficiário(a) _____ FSA Sim Não Parentesco⁽¹⁾ _____

Nome completo (conforme documento oficial de identificação): _____

Residência (morada completa)

Rua, avenida _____ N.º _____ Andar _____

Localidade _____ Cód. postal _____ - _____ Designação postal _____

País _____

Telefone preferencial _____ Telefone secundário _____ E-Mail _____ Nacionalidade (país) _____

Data de nascimento (AAAA/MM/DD) _____ Sexo Masculino Feminino Estado civil⁽²⁾ _____

N.º contribuinte _____ N.º cidadão B.I. Aut.resid. Passap. Reg.nasc. Número _____

Utente de serviços oficiais de saúde:

Utente SNS Utente Serv. Reg. de Saúde - Açores Utente Serv. Reg. de Saúde - Madeira N.º _____

Se estiver abrangido(a) por outro organismo indique:

N.º _____ Descrição do organismo _____ Titular Sim Não

2. Situação social

Residência: Própria Alugada Família Condições da Residência: Boa Suficiente Má

Habita: Só Acompanhado Com quem: _____ Filhos: Sim Não

Filhos / Netos / Outros familiares de referência:

Nome	Parentesco	Idade	Estado Civil	Ocupação	Contacto

3. Situação Económica - Rendimentos

Pensão - Valor Mensal: _____ € Rendas - Valor Mensal: _____ €

Depósitos Acções / Obrigações Outros Investimentos Quais: _____

(1). Para efeitos de inscrição, apenas se consideram: titular, cônjuge ou companheiro(a), filho(a), equiparado(genro, nora e enteado), neto(a), adotado(a), ascendente até 1.º grau da linha direta ou equiparado (pai /mãe, sogro(a), padrasto/madrasta).
(2). Solteiro, casado, viúvo, divorciado, separado judicialmente.

4. Condições de Saúde

Situação: Independente Ajuda Parcial Dependente

Tipo de Ajuda: Alimentação Higiene Mobilização

Doenças Crónicas: Sim Não Quais: _____

Medicação actual

Médicos de referência

5. Fundamentos para o pedido de inscrição no Lar

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)

O QUESTIONÁRIO ATUAL TEM A VALIDADE DE 2 ANOS, DEVENDO SER ATUALIZADO PELO BENEFICIÁRIO NO CASO DE NÃO SER ADMITIDO NESSE PRAZO. NO FINAL DOS 2 ANOS A INSCRIÇÃO PERDE A VALIDADE. O PROCESSO DE ATUALIZAÇÃO É DA EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO.

Contactos:

Nomes e Endereços	Nº. Telefone

DOCUMENTOS A ANEXAR (fotocópia):

- Cartão de Cidadão ou, na sua ausência, bilhete de identidade, cartão de contribuinte fiscal e cartão de utente do SNS.
- Cartão de Beneficiário dos SAMS;
- Cartão de Utente de outro organismo ou seguro de saúde.