

Assunto: Procedimentos para instrução dos processos de Apoio Domiciliário por 3.ª Pessoa.

Para: Todos os funcionários dos Reembolsos.

- 1 – Esta modalidade visa apoiar os utentes que, por se encontrarem em situação de dependência, necessitam de assistência e vigilância permanente de uma terceira pessoa;
- 2 – O pagamento reveste a forma de reembolso das despesas incorridas com o apoio prestado pela 3.ª pessoa;
- 3 – O processo deve ser instruído com os seguintes elementos:
 - ✓ Requerimento (doc. 1);
 - ✓ Ficha de beneficiário (doc. 2);
 - ✓ Ficha de 3.ª pessoa (doc. 3);
 - ✓ Relatório médico (original) circunstanciado;
 - ✓ Rendimentos do agregado familiar (declaração de IRS ou declaração das Finanças);
 - ✓ Declaração da Segurança Social /CGA a dizer que o beneficiário não auferir qualquer complemento de dependência;
 - ✓ Fotocópia do BI do beneficiário (2 lados);
 - ✓ Declaração da Junta de Freguesia atestando a constituição do agregado familiar;
 - ✓ Fotocópia do BI da 3.ª pessoa (2 lados);
 - ✓ Declaração médica atestando a capacidade física e psíquica da 3.ª pessoa para prestar o apoio;
 - ✓ NIB do beneficiário (em documento bancário onde conste o titular da conta);
 - ✓ Se a 3.ª pessoa for um familiar (não pode exercer uma actividade remunerada):
 - Declaração do Centro de Segurança Social/CGA comprovativa de não exercer actividade profissional;

Nota: quando o beneficiário não for capaz de assinar, assina o representante e nas observações da ficha deverá constar a justificação desse facto.

4 – O pagamento é feito ao beneficiário, contra entrega do original do recibo, devendo como regra ser efectuado por transferência bancária. Nas situações em que o beneficiário não tem conta, o próprio ou o seu representante, quando vier receber assina um documento atestando que recebeu o apoio;

5 – Poderá ser solicitada sempre que se considere necessário, actualização de dados, designadamente:

- ✓ Clínicos;
- ✓ Rendimentos;

6 – A atribuição da comparticipação inicia-se após despacho superior. Por regra, a ADSE atribui a partir do mês seguinte à entrega do processo, **desde que este esteja completo.**

7 – Não são comparticipados beneficiários cuja doença resulte da responsabilidade de terceiros.

8 – Os processos, depois de serem autorizados, deverão ser arquivados em capas próprias, organizadas por ordem alfabética. Sempre que um processo for objecto de actualização, a documentação respectiva deverá ficar apensa ao processo inicial.

O Presidente



Maurício Melim

Doc. 1



S. R.
REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE
E ASSUNTOS SOCIAIS, IP-RAM

Despacho

Requerimento Apoio domiciliário por 3.ª Pessoa

Nome: _____

ADSE n.º

Titular: Familiar:

Telefone: _____

Documentos entregues:

- Ficha de beneficiário
- Ficha da 3.ª Pessoa
- Relatório Médico (original circunstanciado)
- Rendimentos do agregado familiar
- Declaração Medica p/ a 3.ª pessoa
- Decl. SS/CGA p/ a 3.ª Pessoa como não exerce act. prof. (se familiar)
- B.I. do beneficiário
- B.I da 3.ª Pessoa
- NIB
- Declaração da Junta de Freguesia
- Decl. SS/CGA como não aufero complemento dependência

Obs.:

Pede Deferimento

Funchal, ____ de ____ de ____

O utente

Secção da ADSE

Rend. anual líquido do agregado familiar € _____
N.º de Pessoas do agregado familiar _____
Capitação: € _____ Escalão € _____

Escalão	Capital €	Comp./dia €
1	≤ 322,40	5,99
2	> 322,40 ≤ 443,30	5,49
3	> 443,30 ≤ 564,20	4,74
4	≤ 564,20	2,50

Chefia/Secção
Esta conforme a tabela da ADSE

Informado o interessado a ____/____/____

Obs.: _____

Data: ____/____/____

Funcionário: _____



Região Autónoma da Madeira
Governo Regional
SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE
E ASSUNTOS SOCIAIS, IP-RAM

**APOIO
DOMICILIÁRIO**

FICHA DE TERCEIRA PESSOA / INSTITUIÇÃO

O beneficiário da ADSE n.º

Nome

requer que lhe seja concedida comparticipação por apoio de terceira pessoa

IDENTIFICAÇÃO DA TERCEIRA PESSOA OU INSTITUIÇÃO / SERVIÇO

Nome completo

Morada

Freguesia Concelho Distrito

Código Postal - Telefone

Número Fiscal de Contribuinte

• **Terceira pessoa particular:** Profissão Grau de parentesco

(Enviar fotocópia do Bilhete de Identidade e do Cartão de Contribuinte)

• **Instituição / Serviço:** IPSS Com fins lucrativos Oficial

Valências:

(Enviar fotocópia de recibo em branco)

CUIDADOS PRESTADOS AO BENEFICIÁRIO

Higiene pessoal Alimentação Vestuário Locomoção

Uso de instalações sanitárias Outros Quais?

N.º horas por dia: N.º vezes semana: Encargo mensal previsível €

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaramos que nos responsabilizamos quanto às declarações prestadas e nos comprometemos a informar qualquer alteração posterior.

Data

Assinatura

Assinatura

.....
(beneficiário titular ou representante)

.....
(terceira pessoa ou responsável pela instituição com carimbo)