

REQUERIMENTO

SUBSÍDIO DE ACOMPANHANTE A CIDADÃOS QUE SOFRAM DE PARAMILOIDOSE FAMILIAR

ANTES DE PREENCHER LEIA COM ATENÇÃO AS INFORMAÇÕES

1. Elementos relativos ao cidadão que sofra de paramiloidose

Nome Completo	<input type="text"/>	
Data de Nascimento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Dia Mês Ano	
Nº Identificação de Seg. Social	<input type="text"/>	Nº Identificação Fiscal <input type="text"/>
Morada	<input type="text"/>	
	<input type="text"/> C. Postal <input type="text"/>	<input type="text"/>
Localidade	<input type="text"/>	Telefone <input type="text"/>
Distrito	<input type="text"/>	

2. Elementos relativos ao requerente (1)

(A preencher no caso do pedido não ser apresentado pelo doente)

Nome Completo	<input type="text"/>	
Data de Nascimento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº Identificação de Seg. Social <input type="text"/>
	Dia Mês Ano	
Morada	<input type="text"/>	
	<input type="text"/> C. Postal <input type="text"/>	<input type="text"/>
Localidade	<input type="text"/>	Telefone <input type="text"/>

(1) Familiares, outras pessoas que prestam ou estejam disponíveis para prestar acompanhamento.

3. Elementos relativos à assistência prestada

<input type="checkbox"/> Os acompanhantes têm autonomia para assegurar os actos indispensáveis à satisfação das suas necessidades humanas básicas?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> O acompanhamento é efectuado por período igual a 6 horas diárias?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Nome das pessoas que efectuam o acompanhamento	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
Data do início do acompanhamento	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Dia Mês Ano	

(continua no verso)

OS DADOS CONSTANTES NESTE DOCUMENTO SERÃO OBJECTO DE REGISTO INFORMÁTICO NA BASE DE DADOS DA SEGURANÇA SOCIAL. PODERÁ ACEDER À INFORMAÇÃO QUE LHE DIZ RESPEITO E PROCEDER À SUA CORRECÇÃO.

4. Outras declarações

- Se está abrangido por outro sistema de protecção social (2), indique:

Nome da instituição _____

Número de identificação (2) _____

(2) Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações, outros Organismos Nacionais ou Estrangeiros.

- Se foi requerido ou está a ser recebido Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa ou prestação análoga (3), indique o nome da instituição:

(3) Considera-se prestação análoga a que tenha por objectivo a protecção na situação de dependência.

- Se está internado em estabelecimento de saúde ou de apoio social, indique o nome do estabelecimento:

5. Modo de pagamento do subsídio

O pagamento do subsídio pode ser efectuado por depósito em conta bancária, para o que deve indicar o Número de Identificação Bancária (NIB):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Na falta deste elemento ou indicação incorrecta, será utilizado outro meio de pagamento.

6. Certificação

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante. Comprometo-me a comunicar qualquer alteração da informação prestada até ao fim do mês ao da sua verificação.

_____/_____/_____

_____ Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo conforme Bilhete de Identidade

Informações

Documentos a apresentar

- Fotocópia de Cartão de Identificação de Segurança Social do cidadão doente, do requerente (quando não seja o cidadão doente a requerer) e do acompanhante. Na falta deste documento, deverá ser apresentada fotocópia de documento de identificação válido, designadamente, Bilhete de Identidade, certidão de registo civil, boletim de nascimento ou passaporte;
- Atestado comprovativo da impossibilidade de locomoção motivada por paramiloidose familiar (*);
- Declaração que ateste o recenseamento no caso de não ser pensionista por paramiloidose. (*);
- Documento emitido pelo banco ou talão Multibanco comprovativo do NIB, no caso de pretender que o pagamento seja efectuado por transferência bancária.

(*) A emitir pelo Centro de Estudos de Paramiloidose do Porto ou qualquer das suas delegações com competência para o efeito.

Local de entrega

- O requerimento deve ser apresentado nos serviços da segurança social.

Outras informações

Quem tem direito ao Subsídio de Acompanhante

- Todos os cidadãos que estejam impossibilitados de locomoção motivada por Paramiloidose Familiar e necessitem de acompanhamento efectivo.

Quem pode ser acompanhante

- Todas as pessoas que tenham autonomia para a realização dos actos básicos da vida diária.

AS FALSAS DECLARAÇÕES SÃO PUNIDAS NOS TERMOS DA LEI