

PREENCHER PELOS SSCML		
Recebido por:		
N.º Utente:		
Data:	Reg.:	
Ass.:		
Entregue via:	CTT	
Presencial	e-mail	SDE

1.ª Vez

Reavaliação

(Assinalar com x a opção pretendida)

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração dos SSCML,

Nome Completo _____,
vem na qualidade de * Associado/ Utilizador nº. _____, requerer a concessão¹ Formulário de Pedido Inicial para Apoio Domiciliário.

(*) Caso não seja o próprio, deve o requerente indicar o grau de parentesco ou outro, nome completo e número de telemóvel:

Nome Completo _____

Grau de Parentesco: _____ Telemóvel: _____

INFORMAÇÃO	PARECER	DESPACHO
OBS: _____ Data: ___ de ___ de ____ Assinatura: _____	_____ Data: ___ de ___ de ____ Assinatura: _____	_____ Data: ___ de ___ de ____ Assinatura: _____

DIREITO À INFORMAÇÃO

Os Serviços Sociais da Câmara Municipal de Lisboa (SSCML) são a entidade responsável pela recolha e tratamento dos dados pessoais fornecidos, aquando do preenchimento do Formulário de Pedido Inicial para Apoio Domiciliário. Os dados recolhidos destinam-se à única e exclusiva finalidade de Gestão de Participações e Subsídios. Pode exercer os seus direitos de acesso, retificação, oposição, limitação e apagamento através de pedido escrito para o correio electrónico: dpo@sscml.pt. Os seus dados serão apenas conservados pelo período necessário à prossecução das finalidades da recolha e do seu tratamento posterior. Os SSCML adotam todas as medidas de segurança física e lógica adequadas à proteção dos dados que nos disponibiliza

De acordo com o exposto, ao assinar este Formulário, declaro que estou informado(a) quanto ao tratamento dos dados pessoais constantes do presente formulário.

Lisboa, ___ de ___ de ____ Assinatura: _____

1 Observações: A aceitação do pedido de subsídio só é válida mediante o preenchimento integral do presente Formulário e quando acompanhado dos documentos necessários (descritos no verso) para a atribuição da mesma.

SUBSÍDIO DE APOIO DOMICILIÁRIO

Prestação pecuniária mensal de 135,00€. Destina-se a apoiar Associados doentes que devido a doença se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência, acamados de forma crónica ou com quadros de demência graves, com incapacidade total para todo e qualquer trabalho, e que não possam dispensar a assistência e vigilância permanentes.

Está condicionado à existência de 15 anos de quotizações efetivas e depende de avaliação e parecer positivo dos SSCML.

Quem pode requerer:

Associados dos Serviços Sociais da Câmara Municipal de Lisboa.

Documentos a apresentar: ²

- a) Formulário disponibilizado nos SSCML ou em www.sscml.pt, devidamente preenchido e assinado pelo Associado, ou alguém que o represente;
- b) Relatório Médico ou Declaração Médica (documentos originais), que confirme a situação clínica do Associado requerente;
- c) Declaração da Caixa Geral de Aposentações ou Caixa Nacional de Pensões, comprovativa do auferimento de pensões de aposentação/reforma, Declaração do Centro de Saúde da área de residência, em como se encontra ativo no Registo Nacional de Utentes, ou em caso de Associado no ativo, entrega do último recibo de vencimento;
- d) Apresentação de comprovativo bancário com nome do Associado e respetivo IBAN, devidamente assinado e datado.

² Os pedidos efetuados pela primeira vez e de reavaliação, somente poderão ser requeridos via presencial, SDE ou CTT, por estarem sujeitos a fornecimento de informação médica confidencial do Associado, que terá de ser entregue em envelope fechado.