

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 _____,
Associado/ Utilizador nº. _____, com o seguinte contacto telefónico _____,
requer a concessão¹ de **Participação de Despesas com Descendentes Portadores de Deficiência**²
para o descendente:

Nome completo _____, de
_____ meses/anos.

INFORMAÇÃO	PARECER	DESPACHO
Descendente nascido a ___/___/___ Suscetível a reavaliação ao fim de ___ anos Ou Incapacidade Permanente Global _____ _____ OBS.: Data: ___ de ___ de ___ Assinatura: _____	Data: ___ de ___ de ___ Assinatura: _____	Data: ___ de ___ de ___ Assinatura: _____
PARECER CLÍNICO		

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 Participação de Despesas com Descendentes Portadores de Deficiência. 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 Participação de Despesas com Descendentes Portadores de Deficiência só é válida mediante o preenchimento integral do presente Formulário e quando acompanhado dos documentos necessários (descritos no verso) para a atribuição da mesma.

² Informações no verso

COMPARTICIPAÇÃO DE DESPESAS COM DESCENDENTES PORTADORES DEFICIÊNCIA

Prestação pecuniária mensal, até ao montante máximo de 135,00€, atribuída a Associados e/ou Utilizadores com descendentes portadores de incapacidade permanente global de natureza física, orgânica, sensorial, motora ou mental, que tenha repercussão em todas as atividades da vida diária, realizadas com graves dificuldades (ex: vestuário, higiene, alimentação, locomoção). Esta comparticipação será extensível aos descendentes maiores de idade, enquanto o progenitor Associado e/ou Utilizador desta Instituição mantiver essa condição. Para atribuição desta comparticipação é necessário que exista alguma das seguintes situações:

- a) Impossibilidade de assegurar a satisfação das necessidades básicas de vida diária;
- b) Impossibilidade de assegurar a sua subsistência através do exercício de uma atividade profissional;
- c) Frequentem estabelecimento de educação especial que implique o pagamento de mensalidade;
- d) Necessitem de apoio individualizado pedagógico e/ou terapêutico específico;
- e) Frequentem ou estejam internados em estabelecimento especializado de reabilitação ou estejam em condições de frequência ou de internamento;
- f) Excluem-se situações com portadores de quadros clínicos de síndrome de hiperatividade/inatenção.

QUEM PODE REQUERER?

Podem aceder a estas prestações os Associados e/ou Utilizadores com descendentes portadores de deficiência, desde que se verifiquem as condições gerais e especiais de atribuição acima indicadas. Este apoio depende da avaliação e parecer dos SSCML.

O QUE É PRECISO PARA REQUERER/ONDE PODE REQUERER

O requerimento das prestações é efetuado em impresso de modelo próprio, disponibilizado na sede dos SSCML (também disponível na área dos Formulários do site dos SSCML), devendo ser preenchido e acompanhado dos seguintes documentos:

- a) Prova de deficiência permanente (Atestado Médico de Incapacidade Multiuso), emitido pela ARSLVT, por equipas ou serviços multidisciplinares de avaliação médico-pedagógica ou, por declaração passada por médico especialista na deficiência em causa;
- b) Renovação anual da prova da deficiência. A renovação anual desta prova dispensa-se, sempre que a deficiência pelas suas características de amplitude e gravidade, seja considerada permanente na avaliação médica;
- c) Declaração médica que comprove a necessidade de outro apoio individualizado e ou terapêutico, que implique pagamento de mensalidade;
- d) Documento comprovativo Fatura/Recibo da frequência do estabelecimento de educação especial (se aplicável). Se o documento comprovativo (recibo ou fatura/recibo) não for emitido por um programa de faturação certificado, deverá ser entregue devidamente assinado e carimbado;
- e) Documento comprovativo das condições de frequência ou de internamento em estabelecimentos especializados de reabilitação (se aplicável);
- f) Fatura/Recibo original da despesa suportada com o descendente, devendo haver discriminação das parcelas (valor e denominação) do total a pagar. Se o documento comprovativo (recibo ou fatura/recibo) não for emitido por um programa de faturação certificado, deverá ser entregue devidamente assinado e carimbado;
- g) Apresentação de comprovativo bancário com nome do Associado e respetivo IBAN, devidamente assinado e datado.

Comprovativos de despesa emitidos por programa certificado pela Autoridade Tributária, podem ser remetidos, para além dos outros meios, por e-mail – geral@sscml.pt.

PRAZO DE ENTREGA

O primeiro documento justificativo da despesa (Fatura/Recibo original) deve ser anexado ao requerimento e não pode ter data anterior à data do mês da receção do referido pedido. Exemplo: (requerimento efetuado no mês de janeiro – Fatura/Recibo do mês de janeiro). Para documentos subsequentes o prazo de entrega é de 3 meses (90 dias) após o mês de emissão do(s) recibo(s) originais de despesa a serem entregues posteriormente ao pedido inicial e deverão estar devidamente identificados no verso com o nome e número do Associado e/ou Utilizador. Alertam-se os Associados e/ou Utilizadores que todos os documentos (Faturas/Recibos), que sejam rececionados nos SSCML, para terem direito a esta comparticipação, e para a qual não tenha sido apresentado o requerimento ou ultrapassem o prazo de entrega de 3 meses (90 dias) após o mês da sua emissão ou ainda não se encontrem em conformidade com as regras estipuladas, não serão aceites para o efeito.

*** Observações:** Os pedidos efetuados pela primeira vez e de reavaliação, somente poderão ser entregues via presencial, SDE ou CTT, por estarem sujeitos a informação médica confidencial do descendente do Associado ou Utilizador requerente, a qual terá de ser entregue em envelope fechado.