



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
INSTITUTO DE AÇÃO SOCIAL DAS FORÇAS ARMADAS
DIREÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS MILITARES

**Assunto: COMPARTICIPAÇÃO DE LARES/CASAS DE REPOUSO E APOIO
DOMICILIÁRIO POR TERCEIRA PESSOA**

1. As participações de Lares/ Casas de Repouso e Apoio Domiciliário por Terceira Pessoa (Cfr. Despacho n.º 8738/2004 (II Série) de 03 de maio - Anexo I), têm por fim apoiar, em Lares / Casas de Repouso e no Domicílio, **doentes que se encontrem em situação de dependência, acamados de forma crónica e permanente ou com quadros de demência graves, com incapacidade total e permanente para todo e qualquer trabalho e que não possam dispensar a assistência e vigilância permanentes de uma terceira pessoa. O quadro clínico deve refletir essa dependência e falta de autonomia para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana** (Cfr. Decreto- Lei n.º 144/2014 de 30 de Setembro – Anexo II).
2. As participações serão concedidas em função da situação médico-social e da **capitação** resultante do rendimento do agregado familiar, a calcular de acordo com as seguintes fórmulas:

LARES /CASAS DE REPOUSO

$$C = \frac{Rt \times 0.8}{Np}$$

APOIO DOMICILIÁRIO

$$C = \frac{Rt \times 0.6}{Np}$$

Sendo:

C= Capitação

Rt= Rendimento total mensal líquido do agregado familiar

NP=Número de pessoas dependentes do rendimento familiar

GRELHAS DE REMBOLSOS

- **LARES / CASAS DE REPOUSO**

Tipo	Capitação*	Valor dia €
1	até 480,00	€ 9,48 / dia
2	até 720,00	€ 7,98 / dia
3	até 960,00	€ 6,98 / dia

Obs.: As participações a atribuir não podem exceder 80% do valor faturado.

- **APOIO DOMICILIÁRIO**

Tipo	Capitação*	Valor dia €
1	até 480,00	€ 5,99 / dia
2	até 660,00	€ 5,49 / dia
3	até 840,00	€ 4,74 / dia
4	até 840,00	€ 2,50 / dia

Obs.: Se o apoio for prestado por cônjuge, parente ou afim na linha reta, ou outro familiar que coabite com o beneficiário, a participação atribuir será do tipo 4.

* Valores calculados em função do **salário mínimo nacional em 01/01/2019 (€ 600,00)**.

1. **O pedido de participação em Lares e Casas de Repouso/Apoio Domiciliário** deve ser instruído mediante requerimento do beneficiário/representante, **anualmente no início do mês de JULHO**, com indicação inequívoca, da identificação (nome e n.º), bem como morada e contactos, assim como, os seguintes documentos minuciados na grelha.

DOCUMENTOS A APRESENTAR PARA LAR E APOIO DOMICILIÁRIO	
Relatório Médico Circunstanciado	Original atualizado, com vinheta, datado, carimbado e assinado, onde conste nome (legível) e n.º atualizado de beneficiário.
Requerimento (Cfr. Anexo I), Ficha de Beneficiário (Cfr. Anexo II), Ficha de Apoio Domiciliário (Cfr. Anexo III)	Preenchida e assinada pelo beneficiário e/ou representante legal.
<p>Declaração de IRS do agregado e respetiva Nota de liquidação</p> <p><i>*Não existindo declaração de IRS, terá que entregar certidão comprovativa de não entrega de IRS, emitida pela repartição de finanças respetiva.</i></p> <p style="text-align: center;">e</p> <p><i>* Comprovativo/fotocópia dos rendimentos mensais ilíquidos do agregado familiar (informação de pensões, subsídios ou prestações familiares pagas pela Caixa Geral de Aposentações, pelo Centro Nacional de Pensões e/ou outras entidades ou outros).</i></p> <p>- Na ausência de pensões do Centro Nacional de Pensões, declaração comprovativa deste facto, emitida pelo mesmo, ou Centro Distrital de Segurança Social da área da residência, ou Caixa Geral de Aposentações.</p> <p>Comprovativo/fotocópia dos rendimentos mensais, relativos ao ano transacto ilíquidos do agregado familiar (informação de pensões, subsídios ou prestações familiares pagas pela Caixa Geral de Aposentações, pelo Centro Nacional de Pensões e/ou outras entidades, recibos de vencimentos e/ou outros).</p>	Fotocópia do ano anterior (exceto 1.º Semestre de cada ano)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES A APRESENTAR
<u>LARES E CASAS DE REPOUSO</u>
Fotocópia do Alvará ou Autorização Provisória de Funcionamento, emitido pela Segurança Social.
Fotocópia do NIF do Lar / Casa de Repouso
<u>APOIO DOMICILIÁRIO</u>
Ficha de apoio domiciliário com identificação de terceira pessoa devidamente preenchida e assinada.
Declaração médica que ateste a capacidade física da terceira pessoa para prestar apoio.
Após deferimento do Apoio Domiciliário Familiar, preencher Declaração de Despesa (Cfr. Anexo IV)
Se a terceira pessoa for familiar, declaração comprovativa de que não exerce atividade remunerada, emitida pelo Centro Distrital de Segurança Social da área de residência.
Fotocópia do Bilhete de identidade e cartão de identificação fiscal, ou cartão de cidadão da terceira pessoa.
Caso o apoio domiciliário seja prestado por uma entidade, deverá ser apresentada fotocópia do Alvará ou Autorização Provisória de Funcionamento, emitido pela Segurança Social.

2. ESCLARECIMENTOS

- De acordo com as regras estipuladas no despacho nº 8738/2004 de 03 de maio do Gabinete do Secretariado de Estado do Orçamento, que refere que a comparticipação será dada a partir do mês do despacho de autorização, informa-se que, a comparticipação, pela ADM, dos casos supramencionados, a ser atribuída, sê-lo-á a contar da data de entrada do requerimento, e respetivos documentos, não havendo retroatividade.
- No caso de se tratar de beneficiários inscritos na ADM como descendentes e/ou ascendentes, os rendimentos a considerar incluem **os do agregado familiar do beneficiário titular.**
- **Os recibos devem ser entregues no posto de atendimento da área de residência, ou outro que considere adequado, juntamente com cópia de ofício de autorização do respetivo semestre.**
- Os recibos devem ser originais, mensais (com indicação do nome, n.º beneficiário, mês e ano a que se reporta a mensalidade) e não incluir o fornecimento de refeições, tratamentos, medicamentos, fraldas, ou qualquer outra despesa, uma vez que cada mês só pode ser participado através de um único recibo e uma única vez, independentemente do número de dias indicados.
- Os recibos de Apoio Domiciliário por familiar devem ser acompanhados por declaração de prestação de serviço (1 declaração por cada mês, devidamente numerada);
- **Estas comparticipações não são acumuláveis com o complemento por dependência da Segurança Social (Dec. Lei n.º 265/99 de 14 de Julho) e da Caixa Geral de Aposentações (Dec. Lei n.º 173/2001 de 31 de Maio.**

- **Apenas poderão ser comparticipados beneficiários utentes de Lares / Casas de Repouso não lucrativos (IPSS e Misericórdias) ou lucrativos com Alvará ou Autorização Provisória de Funcionamento emitido(a) pela Segurança Social.**
- Para efeito, os beneficiários interessados deverão informar-se, previamente, no serviço de fiscalização da Segurança Social **e fazer acompanhar o pedido de comparticipação da fotocópia do documento comprovativo da legalização da Instituição.**

Anexo I- Requerimento

Anexo II- Ficha de Beneficiário Anexo

III- Ficha de Apoio Domiciliário

Anexo IV- Declaração de Despesa (Apoio Domiciliário por Familiar)

Oeiras, 01 de JANEIRO de 2019

REQUERIMENTO

Eu, _____ (1) beneficiário da ADM n.º
(Nome do beneficiário para quem é pedida a autorização)

_____ venho por este meio requerer, ao abrigo do art.º 8.º do
(Nº benef. para quem é pedida a autorização)
decreto-lei n.º 167/2005 de 23 de Setembro, do decreto-lei n.º 118/83 de 25 de Fevereiro e do
despacho n.º 8738/2004 de 03 de Maio, subsidio/comparticipação por Lares e Casas de
Repouso ⁽²⁾ /Apoio Domiciliário por 3ª Pessoa ⁽²⁾ / Familiar ⁽²⁾ para o _____ ⁽³⁾ trimestre de 201__.
(Riscar o que não se aplica / Riscar o que não se aplica)

Para o efeito anexo os seguintes documentos:

<input type="checkbox"/>	Relatório médico actualizado, original com vinheta, datado, carimbado e assinado
<input type="checkbox"/>	Declaração de IRS do agregado e nota de liquidação (do ano imediatamente anterior)
<input type="checkbox"/>	Declaração da segurança social/CGA
<input type="checkbox"/>	Alvará/Autorização de funcionamento da Segurança Social
<input type="checkbox"/>	Recibos originais
<input type="checkbox"/>	Outro: _____
<input type="checkbox"/>	Outro: _____
<input type="checkbox"/>	Outro: _____

_____, _____ de _____ de 201__

Pede deferimento,

(O beneficiário ou representante)

1) Nome do beneficiário para quem é pedida a autorização

2) Riscar o que não interessa

3) Assinalar **apenas um**: **1.º Trimestre** (Jan, Fev e Mar) **ou** **2.º Trimestre** (Abr, Mai e Jun) **ou** **3.º Trimestre** (Jul, Ago e Set)
ou **4.º Trimestre** (Out, Nov e Dez)

DECLARAÇÃO DE DESPESA n.º _____ / 201_____
(Mês de Apoio) (Ano)

(COMPARTICIPAÇÃO DE APOIO DOMICILIARIO POR FAMILIAR)
(Enviar 1 declaração por cada mês de apoio)

Eu, _____⁽¹⁾ com o contribuinte n.º
(Nome do familiar que presta apoio domiciliário)
_____ venho por este meio declarar, sob compromisso de honra, que prestei
serviço de Apoio Domiciliário por familiar a(o) minha (meu) _____⁽²⁾
_____ ⁽³⁾ **beneficiário ADM**
(Nome do beneficiário para quem é pedida a autorização)
n.º _____ durante o mês de _____ de 201____ no total de ____ dias, e
que gastei com o meu familiar um total de ____ . ____ , ____ €⁽⁴⁾ durante esse mês.

Solicito que me seja participado o serviço supra mencionado.

_____, _____ de _____ de 201____

(O(a) prestador(a) do serviço)

- 1) Nome do prestador do serviço
- 2) Grau de parentesco com o beneficiário
- 3) Nome do beneficiário para quem é pedida a autorização
- 4) Valor aproximado de gastos com o familiar em despesas de saúde

**MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL DAS FORÇAS ARMADAS
ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS MILITARES**



Trimestre (s): 1.º 2.º 3.º 4.º de 201__
(assinalar apenas um)

FICHA DE BENEFICIÁRIO

N.º de Beneficiário da ADM | | | | | | | | | | | | | | | |

Nome do beneficiário (a quem se destina o pedido) _____

Pedido de comparticipação em (assinalar com X): APOIO DOMICILIÁRIO LAR

LAR: Nome _____

Morada _____

Código Postal | | | | | - | | | | | Telef. _____ Mensalidade € _____

AGREGADO FAMILIAR

Parentesco	Nome	Data do nascimento	Estado Civil	Habilitações literárias	Última profissão
Próprio					

Vive/Vivia sozinho? Sim Não Se não, com quem _____

Tem outros familiares? Sim Não Se sim, quem _____

É visitado/convive com: Familiares Sim Não Raramente

Amigos Sim Não Raramente

Vizinhos Sim Não Raramente

Como ocupo o tempo? _____

Motivo da necessidade de Apoio (Domiciliário/Lar): _____

Está acamado? Sim Não Se sim, há quanto tempo? _____

Veste-se sozinho? Sim com ajuda Não

Lava-se sozinho? Sim com ajuda Não

Come sozinho? Sim com ajuda Não

Anda sozinho? Sim com ajuda Não

Vai à rua sozinho? Sim com ajuda Não

Usa auxiliares de marcha? Sim Não Se sim, quais _____

Usa Fraldas? Sim Não

Observações _____

Assinatura do beneficiário

Assinatura do representante do beneficiário

Nome _____

Parentesco _____

Morada para contacto _____

Código Postal | | | | | - | | | | | Telef. _____

Observações _____

MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL DAS FORÇAS ARMADAS
ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS MILITARES



Trimestre (s): 1.º 2.º 3.º 4.º de 201__
(assinalar apenas um)

APOIO DOMICILIÁRIO POR TERCEIRA PESSOA

O beneficiário da / ADM .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

.....
titular ou representante)

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