

*V. L.* Ex.<sup>mo</sup> Sr. Presidente do Conselho Diretivo do IASFA, I.P.

## REQUERIMENTO

\_\_\_\_\_ beneficiário da ADM n.º \_\_\_\_\_  
(Nome do beneficiário para quem é pedida a autorização)  
\_\_\_\_\_ vem 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, comparticipação por Lares e Casas de Repouso até 30  
de junho de 20\_\_\_\_

Para fundamentação da matéria requerida, anexa os seguintes documentos:

- \_\_\_\_\_ Ficha de Beneficiário;
- \_\_\_\_\_ Relatório médico original, atual e circunstanciado, comprovativo do quadro clínico e da situação de dependência do beneficiário, em que conste a identificação do médico, com vinheta, datado, carimbado e assinado e o nome legível e número de beneficiário da ADM;
- \_\_\_\_\_ Fotocópia do último modelo de declaração de IRS do agregado e respetiva nota de liquidação;
- \_\_\_\_\_ Não existindo a declaração de IRS, declaração de não obrigatoriedade de entrega de IRS emitida pela respetiva Repartição de Finanças, relativamente a todos os elementos do agregado familiar, juntando 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);
- \_\_\_\_\_ 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;
- \_\_\_\_\_ Declaração do Centro Nacional de Pensões ou da Caixa Geral de Aposentações (conforme o caso) onde conste a situação relativamente à existência de complemento por dependência de todos os elementos do agregado familiar;
- \_\_\_\_\_ Fotocópia do Alvará, ou Autorização Provisória de Funcionamento, ou Acordo de Cooperação do Lar / Casa de Repouso, emitido pela Segurança Social;
- \_\_\_\_\_ Fotocópia do cartão de identificação de pessoa coletiva do lar / casa de repouso.
- \_\_\_\_\_ Outro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Pede deferimento,

\_\_\_\_\_  
(O beneficiário ou legal representante)