adse
ACÇÃO SOCIAL

Proc. N.º _____/_____/_____

APOIO DOMICILIÁRIO

FICHA DE TERCEIRA PESSOA

O beneficiário da ADSE n.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? .....

.....

Nº. 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**

....

(beneficiário titular ou representante) (terceira pessoa ou responsável pela instituição com carimbo)