

DADOS PESSOAIS

SÓCIO N.º _____ NOME _____

BENEFICIÁRIO SNQTB SAÚDE N.º _____ NOME BENEFICIÁRIO _____

BREVE CARATERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO FAMILIAR: N.º DE FILHOS/IDADES/ESTABELECIMENTO DE ENSINO ESCOLAR; PROFISSÃO DO CÔNJUGE.

REQUER A CONCESSÃO DE UM APOIO/SUBSÍDIO DA FSB PARA EFEITOS DE:

- ☐ Despesas médicas não comparticipadas pelos subsistemas de saúde
- ☐ Despesas de deslocação ou estada decorrentes de uma situação de saúde não comparticipadas pelos subsistemas de saúde
- ☐ Apoio por terceira pessoa
- ☐ Apoio por situação de doença grave, incapacidade ou deficiência

POR FAVOR DESCREVA A SITUAÇÃO O MAIS DETALHADAMENTE POSSÍVEL MEDIANTE, PELO MENOS A REFERÊNCIA AOS PONTOS ABAIXO, CONSOANTE A SITUAÇÃO PRETENDIDA: DEVE REFERIR OUTROS APOIOS/SUBSÍDIOS QUE JÁ RECEBE OU A QUE SE CANDIDATOU NESTE ÂMBITO.

SE NECESSÁRIO PODE UTILIZAR UMA FOLHA ANEXA PARA MELHOR DESCREVER A SITUAÇÃO, DEVENDO NESSE CASO IDENTIFICAR ESSA FOLHA COM O NOME E N.º DE BENEFICIÁRIO SNQTB SAÚDE.

DESPESAS MÉDICAS

- ☐ Tipo e natureza das despesas _____
- ☐ Montante total das despesas _____
- ☐ Já foram objeto de qualquer comparticipação, se sim, indicar de que tipo e em que montante/percentagem
SNQTB Saúde _____, SNS _____, ADSE _____, SEGUROS.
- ☐ Descrição da situação _____
- ☐ Montante solicitado a título de apoio _____
- ☐ Duração pretendida _____

DESPESAS DE DESLOCAÇÃO OU ESTADA DECORRENTES DE UMA SITUAÇÃO DE SAÚDE

- ☐ Tipo e natureza das despesas _____
- ☐ Montante total das despesas _____
- ☐ Já foram objeto de qualquer comparticipação, se sim, indicar de que tipo e em que montante/percentagem
SNQTB Saúde _____, SNS _____, ADSE _____, SEGUROS.
- ☐ Descrição da situação _____
- ☐ Montante solicitado a título de apoio _____
- ☐ Duração pretendida _____

APOIO POR TERCEIRA PESSOA

☐ Descrição da situação _____

☐ Identificação da terceira pessoa _____

- Particular – nome/NIF/morada – grau de parentesco – profissão
- Instituição/empresa – nome/NIF/morada – IPSS/com fins lucrativos/da Rede Pública - valências

☐ Tipo de cuidados que irão ser prestados

- Higiene pessoal/alimentação/vestuário/locomoção/outros _____
- N° de horas/dia e n° de vezes por semana _____
- Preço dia/semana/mês _____

☐ Montante solicitado a título de apoio

☐ Duração pretendida _____

APOIO POR SITUAÇÃO DE DOENÇA GRAVE, INCAPACIDADE OU DEFICIÊNCIA

☐ Descrição da situação _____

☐ Grau de incapacidade _____

☐ Montante solicitado a título de apoio _____

☐ Duração pretendida _____

DOCUMENTAÇÃO A APRESENTAR:

- Cópia dos comprovativos de despesas
- Cópia de relatórios médicos e de atribuição incapacidade
- Cópia da indicação médica
- No caso de apoios superiores a 1.000€ (mil euros) juntar nota de liquidação de IRS do último ano
- Cópia do cartão de cidadão/bilhete de identidade
- Outros documentos (identificar)

DADOS PESSOAIS: DECLARAÇÃO E AUTORIZAÇÃO

Por este meio e nos termos da lei aplicável, autorizo a recolha, processamento, tratamento informático e manutenção em arquivo pelo prazo mínimo de 10 anos, dos meus dados pessoais necessários para a prossecução dos objetivos da FSB, designadamente os que respeitam à concessão do apoio social a que me candidato. Nos termos da lei, entendo que tenho o direito de acesso aos meus dados e que posso solicitar a respetiva retificação ou apagamento. O direito de acesso aos dados pessoais pode ser exercido por carta ou através do endereço de correio eletrónico fsb@fsb.org.pt

data

assinatura

TERMOS E CONDIÇÕES

Ao abrigo dos seus Estatutos, a FSB – Fundação Social Bancária, decidiu implementar um regime de atribuição de apoios/subsídios objeto de regulamento interno, como medida de proteção e auxílio a situações desfavorecidas dos sócios do SNQTB e /ou familiares diretos desses sócios e dos trabalhadores do SNQTB.

Os apoios a conceder são sempre de natureza financeira e de montante e duração limitada.

Findo o período de concessão do apoio, ou no decorrer desse período, a FSB fará um acompanhamento da evolução da situação em particular.

A apreciação dos pedidos de apoio é da responsabilidade do Conselho de Administração da Fundação, após prévio parecer do Comité de Análise da FSB, nos termos regulamentares.

Compete ao Comité de Análise proferir parecer final sobre cada candidatura, no sentido da sua recusa ou submissão para decisão pelo Conselho de Administração, a qual poderá delegar na Comissão Executiva, para ser proferida decisão final, determinando, nos casos favoráveis, o montante, a forma e o prazo do apoio, bem como indicar outras condições de atribuição que se revelem pertinentes.

Não existe possibilidade de recurso da decisão do Conselho de Administração (ou Comissão Executiva).

Sempre que, durante o processo de deliberação, após deliberação ou já no decurso do apoio, se vier a verificar de forma comprovada que o requerente e/ou beneficiário produziram declarações falsas, incorretas ou incompletas, ou que a documentação apresentada não se encontrava correta ou completa, não haverá lugar ao pagamento de qualquer apoio ou subsídio, ou o mesmo cessará de imediato no caso de já se encontrar em curso.

As declarações fraudulentas, erróneas ou incompletas, suscetíveis de adulterar ou omitir factos ou circunstâncias que possam influir na decisão sobre o pedido, implicam automaticamente a nulidade de todo o processo e a restituição de apoios concedidos.

Caso tais situações se verifiquem, e a FSB tenha já procedido ao pagamento de qualquer verba, a pessoa que a recebeu fica automaticamente obrigada à sua integral restituição no prazo de 60 dias a contar da notificação da FSB. Findo este prazo, a FSB tomará todas as medidas legais e judiciais para assegurar a restituição dessas verbas.

Os termos e condições destes apoios/subsídios podem ser alterados a todo o tempo pela FSB, com salvaguarda dos apoios anteriormente atribuídos e em vigor.

O presente regime de atribuição de apoios/subsídios encontra-se dependente das disponibilidades financeiras da FSB e poderá cessar, a todo o tempo, por deliberação do Conselho de Administração da Fundação.

Os casos omissos suscitados na aplicação e interpretação dos presentes termos e condições serão resolvidos pelo Conselho de Administração da FSB.

Nos termos legais autorizo a divulgação dos apoios sociais prestados, estritamente com vista à promoção e publicitação da FSB e dos benefícios por esta disponibilizados.

Tomei conhecimento.

data

assinatura