

Data de Admissão: ___ de _____ de 20___	Vaga de Reserva Social <input type="checkbox"/>		
Resposta Social: _____	Comparticipada <input type="checkbox"/>		
Sala: _____	Particular <input type="checkbox"/>		
<u>Cliente</u>			
Nome: _____			
Morada: _____			
Data de Nascimento: ___/___/___	Nº Beneficiário: _____ Nº Contribuinte: _____		
Nº B.I. / C. Cidadão: _____	e-mail: _____		
<u>Agregado Familiar</u>			
Nº elementos do Agregado Familiar: _____			
Tem outros filhos inscritos na Instituição? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, indique a valência: _____			
É funcionário(a) ou Irmão da Santa Casa? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, indique o serviço/nº: _____			
<u>Apoio Domiciliário - Tipo de Serviços</u>			
Alimentação <input type="checkbox"/>	Tratamento Roupa <input type="checkbox"/>	Higiene da Habitação <input type="checkbox"/>	Higiene Pessoal <input type="checkbox"/> ___ x Dia
Animação/Socialização <input type="checkbox"/>		Teleassistência <input type="checkbox"/>	Transporte <input type="checkbox"/>
Sem fim de semana <input type="checkbox"/>	Com fim de semana <input type="checkbox"/>	Com 1 dia no fim de semana <input type="checkbox"/>	
<u>Responsável pelo Utente:</u>			
Nome: _____			
Morada: _____			
Contribuinte nº _____	Nº B.I./C. Cidadão: _____	Contato: _____	
e-mail: _____			
<u>Observações:</u>			

De acordo com o RGPD, a Santa Casa da Misericórdia de Arcos de Valdevez, informa que os dados pessoais recolhidos neste modelo são única e exclusivamente para a gestão dos serviços solicitados pelo utente/cliente e destinam-se à elaboração do contrato, cálculo da mensalidade e troca de correspondência podendo estes dados ser entregues aos Serviços Públicos por força de disposição legal. Os dados serão armazenados pelo prazo definido na legislação aplicável.

Mais informa que tem os seguintes direitos:

- solicitar o acesso, retificação, apagamento, limitação do tratamento, portabilidade e oposição, sem comprometer a licitude do tratamento efetuado bem como a ser informado em caso de violações de segurança;
- ser informado previamente e a pedido, sobre a intenção da utilização dos dados para outra finalidade que não a presente, informando quais os dados, a finalidade do tratamento e outra informação pertinente;
- apresentar reclamação à CNPD se considerar que os seus direitos foram violados.

Estes direitos podem ser exercidos através do email: dpo@scmav.pt

Declaro que os dados acima fornecidos são verdadeiros, sob pena de ser atribuído o escalão máximo na determinação da mensalidade.

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

(Reservado aos Serviços)

A Mensalidade de _____ foi calculada de acordo com o estabelecido no Regulamento Interno da valência ou por outro método previamente aprovado pela Mesa Administrativa.

Data: ___/___/___ A Diretora Financeira _____ O Provedor _____

Declaro que tomei conhecimento da Mensalidade em ___/___/___ Ass.Utente/Resp. _____

Alimentação		T. Roupa		F.D.S.		Compl. Familiar	
H. Pessoal		Animação		Transporte		Compl. Familiar	
H. Habitação		Teleassist.		Outros		Compl. Desc.	

PEDIDOS DE REVISÃO DA MENSALIDADE (anexar documentação):

1 - Motivo: _____

Arcos de Valdevez, ___ de _____ de 20__

Nova Mensalidade: _____ A Diretora Financeira _____ O Provedor _____
O pedido enquadra nas normas estabelecidas no Regulamento Interno pelo que não requer aprovação da Mesa Administrativa Aprovada em Reunião da Mesa Administrativa ___/___/___

Declaro que tomei conhecimento da Nova Mensalidade em ___/___/___ Ass.Utente/Resp. _____

Alimentação		T. Roupa		F.D.S.		Compl. Familiar	
H. Pessoal		Animação		Transporte		Compl. Familiar	
H. Habitação		Teleassist.		Outros		Compl. Desc.	

2 - Motivo: _____

Arcos de Valdevez, ___ de _____ de 20__

Nova Mensalidade: _____ A Diretora Financeira _____ O Provedor _____
O pedido enquadra nas normas estabelecidas no Regulamento Interno pelo que não requer aprovação da Mesa Administrativa Aprovada em Reunião da Mesa Administrativa ___/___/___

Declaro que tomei conhecimento da Nova Mensalidade em ___/___/___ Ass.Utente/Resp. _____

Alimentação		T. Roupa		F.D.S.		Compl. Familiar	
H. Pessoal		Animação		Transporte		Compl. Familiar	
H. Habitação		Teleassist.		Outros		Compl. Desc.	

3 - Motivo: _____

Arcos de Valdevez, ___ de _____ de 20__

Nova Mensalidade: _____ A Diretora Financeira _____ O Provedor _____
O pedido enquadra nas normas estabelecidas no Regulamento Interno pelo que não requer aprovação da Mesa Administrativa Aprovada em Reunião da Mesa Administrativa ___/___/___

Declaro que tomei conhecimento da Nova Mensalidade em ___/___/___ Ass.Utente/Resp. _____

Alimentação		T. Roupa		F.D.S.		Compl. Familiar	
H. Pessoal		Animação		Transporte		Compl. Familiar	
H. Habitação		Teleassist.		Outros		Compl. Desc.	

Documentos a Anexar (cópias):

- Vale de reforma atualizado do cliente ou o último Modelo 3 do I.R.S. do agregado familiar, declaração das Finanças/Centro Emprego como não obteve rendimentos ou está desempregado - Comprovativo das despesas - Outros documentos que atestem o rendimento obtido - Comprovativo de morada do utente e responsável (s).