



澳門特別行政區政府  
社會工作局  
GOVERNO DA RAEM  
INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL



澳門街坊會聯合總會

A preencher pela União Geral das  
Associações dos Moradores de Macau  
N.º de pedido: \_\_\_\_\_

## Plano Piloto de apoio financeiro na aquisição de equipamentos auxiliares para deficientes

### Relatório de reembolso

Dados básicos do requerente (beneficiário)	
Nome (em chinês) _____	(noutra língua) _____
N.º do bilhete de identidade: _____	N.º do Cartão de Registo de Avaliação da Deficiência: _____
N.º de telefone de residência : _____	N.º de telemóvel: _____
Email : _____	
Morada : _____	
	_____

Informações sobre a Aquisição de Equipamentos Auxiliares				
N.º do equipamento auxiliar	Designação do equipamento auxiliar	Modelo do equipamento auxiliar (se aplicável)	Preço de aquisição (MOP)	Nome do fornecedor
1				
2				
3				

<b>Situação do subsídio concedido</b>		
<b>N.º do equipamento auxiliar</b>	<b>Designação da entidade que subsidia além do IAS</b>	<b>Montante confirmado do subsídio</b>
1		
2		
3		

Declaro que tomei conhecimento que o montante total subsidiado pelas entidades governativas, não governativas e/ou qualquer outra entidade para a aquisição do equipamento auxiliar é superior ao preço do referido equipamento. Nesta conformidade, devolvo o saldo excedente do subsídio em comparação com o preço, cujo valor total é de MOP\_\_\_\_\_.

Assinatura da pessoa que procede ao reembolso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (dia) / \_\_\_\_\_ (mês) / \_\_\_\_\_ (ano)

<b>A preencher pela União Geral das Associações dos Moradores de Macau</b>				
<b>Montante a devolver</b>				
<b>N.º de equipamento auxiliar</b>	<b>Preço de equipamento auxiliar (a)</b>	<b>Montante confirmado do subsídio de outras entidades governativas, não governativas e/ou qualquer outra entidade (b)</b>	<b>Montante do subsídio concedido pelo IAS (c)</b>	<b>Montante a devolver ao IAS (b+c-a)</b>
1				

2				
3				
Total				

**A preencher pelo funcionário responsável pela recepção de documentos**

Nome do funcionário responsável pela recepção de documentos (letra legível): \_\_\_\_\_

Data da recepção: \_\_\_\_ (dia)/ \_\_\_\_ (mês)/ \_\_\_\_ (ano)

Obs:

Assinatura do funcionário pela recepção de documentos: \_\_\_\_\_

Carimbo da entidade responsável pela recepção de documentos: \_\_\_\_\_