|  |
| --- |
| **Dados da pessoa cuidada (beneficiária)** |
| Nome: (em chinês) (em língua estrangeira) **N.º do Bilhete de Identidade de Residente Permanente da RAEM:**  **Assinale com um “✓” a situação correspondente** : [ ]  Pessoa portadora de deficiência intelectual de grau grave ou profundo (incluindo aquelas sem grau atribuído)[ ]  Pessoa com autismo de grau grave ou profundo (incluindo aquela sem grau definido)[ ]  Pessoa acamada permanente incapacitada de realizar acções de sentar e levantar sem auxílio |

****

**Tipo de alteração a comunicar:** (Assinale com um “✓” o(s) quadrinho(s) que corresponde(m) ao(s) tipo(s) de alteração que pretende comunicar e preencha, de seguida, o campo “**Descrição concreta**”, de forma sucinta para cada tipo de alteração objecto de comunicação:

[ ]  Alteração da situação de saúde da pessoa cuidada (por ex.: recuperação da saúde ou melhoria significativa da condição de saúde, falecimento)

[ ]  Alteração da situação habitacional (por ex.: alteração de residência do agregado familiar para fora de Macau)

[ ]  Alteração da composição do agregado familiar (por ex.: alteração do número de elementos do agregado familiar, alteração da composição do agregado familiar)

[ ]  Alteração da situação económica do agregado familiar (por ex.: em virtude da alteração ocorrida nos rendimentos e/ou na situação patrimonial, foi excedido o limite máximo do total de rendimentos definido no regulamento do projecto-piloto)

[ ]  Outros:

**—Descrição concreta—**

**Comunicação 1:**

Tipo de alteração:

Descrição adicional:

[ ]  Sem documentos anexados

[ ]  Com documentos anexados. Tipos: 1.

 2.

**Comunicação 2:**

Tipo de alteração:

Descrição adicional:

[ ]  Sem documentos anexados

[ ]  Com documentos anexados. Tipos: 1.

 2.

(Nota: Caso o espaço não seja suficiente, continue a preencher na folha adicional)

|  |
| --- |
| **Dados da pessoa que comunica a alteração** |
| Nome: (em chinês) (em português) **Tipo de documento de identificação:** [ ]  BIR da RAEM; [ ]  Outro documento de identificação n.º **Pessoa que comunica:**[ ]  A própria pessoa cuidada (beneficiária)[ ]  Representante legal da pessoa cuidada (nomeadamente, o mandatário e o tutor)[ ]  Cuidador [ ]  Outros membros do agregado familiar. Grau de parentesco: **Declaro que as informações prestadas nesta comunicação correspondem à verdade.**Assinatura: Data: \_\_\_\_(dd)/\_\_\_\_\_(mm)/\_\_\_\_\_\_(aaaa)(A assinatura deve ser idêntica à do bilhete de identidade. Use a impressão digital no caso de não saber / não poder assinar.) |

|  |
| --- |
| Formas de entrega:1. O presente formulário deve ser submetido ao Centro de Avaliação Geral de Reabilitação do Instituto de Acção Social (Endereço: Istmo de Ferreira do Amaral, n.° 25, Lei Tat San Chun, Fase 2, 2.° andar) por uma das seguintes formas:
* presencialmente;
* por correio;
1. Ou remetido ao IAS através de um dos equipamentos designados que actuam nas áreas de reabilitação e de apoio a idosos
* Consultar o Formulário de Pedido / de Actualização de Dados relativo ao Projecto-Piloto do Subsídio para Cuidadores, do qual consta a lista dos respectivos equipamentos.
 |

**Folha adicional**

**—Descrição concreta—**

**Comunicação 3:**

Tipo de alteração:

Descrição adicional:

[ ]  Sem documentos anexados

[ ]  Com documentos anexados. Tipos: 1.

 2.

**Comunicação 4:**

Tipo de alteração:

Descrição adicional:

[ ]  Sem documentos anexados

[ ]  Com documentos anexados. Tipos: 1.

 2.

**Comunicação 5:**

Tipo de alteração:

Descrição adicional:

[ ]  Sem documentos anexados

[ ]  Com documentos anexados. Tipos: 1.

 2.

Data de comunicação: Assinatura da pessoa que comunica:



|  |
| --- |
|  |
| **A preencher pelo trabalhador do Instituto de Acção Social** |
| **Formulário submetido:**[ ]  por correio [ ]  mediante as organizações de serviço social[ ]  presencialmente ([ ] Pessoa cuidada (beneficiária); [ ] Cuidador; [ ] Membro do agregado familiar;[ ] Mandatário; [ ] Outros ) |
| **Data de recepção de documentos** | **Nome do trabalhador:**Assinatura: | **Carimbo do serviço** |

|  |
| --- |
|  |
| **A preencher pelo trabalhador dos equimentos de serviços de reabilitação e de idosos**  |
| Nome da pessoa que recebe os documentos (em letra legível): |
| Data de recepção de documentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dia\_\_\_\_\_\_\_\_Mês\_\_\_\_\_\_\_Ano |
| Pessoa que apresenta o formulário de pedido:□Pessoa cuidada/membro do agregado familiar, por favor especifique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;□Outros,especifique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Assinatura da pessoa que recebe os documentos e carimbo da subunidade que recebe os documentos:  |