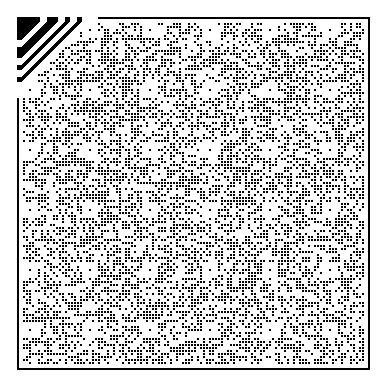
|  |
| --- |
| **Dados da pessoa cuidada (beneficiária)** |
| Nome: (em chinês)  (em língua estrangeira)  **N.º do Bilhete de Identidade de Residente Permanente da RAEM:**  **Assinale com um “✓” a situação correspondente** :  Pessoa portadora de deficiência intelectual de grau grave ou profundo (incluindo 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:**

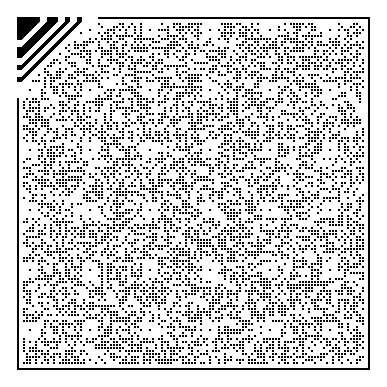
Tipo de alteração:

Descrição adicional:

Sem documentos anexados

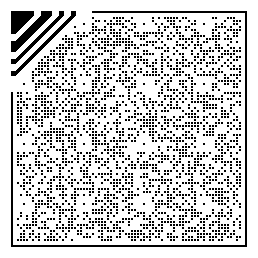
Com documentos anexados. Tipos: 1.

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:

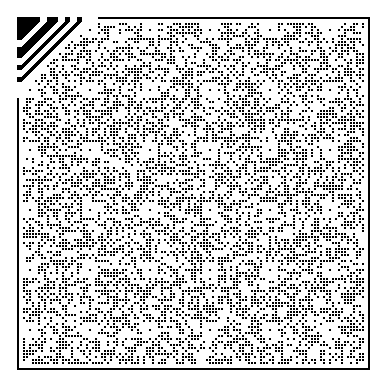
Descrição adicional:

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: |