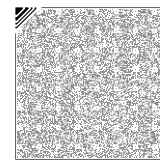


**Subsídio para Cuidadores  
Formulário de pedido  
de cancelamento do pedido do subsídio ou  
de cessação de levantamento do subsídio**



(Versão de dezembro de 2023)

**Dados da pessoa cuidada**

Nome (em chinês) \_\_\_\_\_

(em língua estrangeira) \_\_\_\_\_

Bilhete de Identidade de Residente Permanente da RAEM n.º \_\_\_\_\_

**Assinalar com um “✓” o quadrado correspondente ao grupo de destinatários do subsídio a que pertence a pessoa cuidada:**

- Pessoa portadora de deficiência intelectual de grau grave ou profundo (incluindo aquela sem grau definido)
- Pessoa portadora de autismo de grau grave ou profundo (incluindo aquela sem grau definido)
- Pessoa portadora de deficiência motora de grau grave ou profundo (incluindo aquela sem grau definido)
- Acamados permanentes incapacitados de realizar acções de sentar e levantar sem auxílio

**Pessoa que apresenta o pedido**

- Própria pessoa cuidada (Ir para o verso e preencher)
- Representante legal (Preencher os itens A, B e C, abaixo indicados)
- Pessoa que exerce o poder paternal (Nota: É o progenitor do menor)
- Tutor, curador (Nota: É necessário facultar a cópia da sentença do tribunal)
- Cuidador [Aplicável à situação em que a pessoa cuidada demonstra notável incapacidade de exercício e está desprovida de representante legal.] (Preencher o item A, abaixo indicado)
- Mandatário (Preencher os itens A, B, C e D, abaixo indicados)
- Com poderes delegados pela pessoa cuidada
- Com poderes delegados pelo representante legal

A. Nome: (em chinês) \_\_\_\_\_

(em língua estrangeira) \_\_\_\_\_

**B. Tipo do documento de identificação:**

- Bilhete de Identidade de Residente Permanente da RAEM
- Bilhete de Identidade de Residente Não Permanente da RAEM

N.º: \_\_\_\_\_

C. Telefone de contacto: (Telemóvel) \_\_\_\_\_; (Residência) \_\_\_\_\_

**D. Declaração de delegação de poderes:**

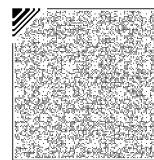
Eu (pessoa cuidada / representante legal) declaro que delego poderes a \_\_\_\_\_ (mandatário) que comigo tem o vínculo de \_\_\_\_\_ (parentesco), para em meu nome pedir, junto do Instituto de Acção Social (IAS), o cancelamento do pedido do subsídio para cuidadores / cessação da atribuição do subsídio para cuidadores, e preencher, conforme a minha vontade, o presente formulário que vai ser apresentado ao IAS.

Assinatura da pessoa cuidada / representante legal: \_\_\_\_\_

(A assinatura deve ser idêntica à do bilhete de identidade.  
Use a impressão digital em caso de não saber / não poder assinar.)

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

**Subsídio para Cuidadores  
Formulário de pedido  
de cancelamento do pedido do subsídio ou  
de cessação de levantamento do subsídio**



(Versão de dezembro de 2023)

**Venho, por este meio, solicitar ao Presidente do Instituto de Acção Social:**

- o cancelamento do pedido do subsídio para cuidadores (aplicável aos pedidos cuja avaliação e aprovação não tenham sido concluídas)
- a cessação da atribuição do subsídio para cuidadores (aplicável à situação em que tenha sido aprovada a atribuição do subsídio)

**Razão :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura da pessoa que apresenta o pedido: \_\_\_\_\_

(A assinatura deve ser idêntica à do bilhete de identidade.  
Use a impressão digital em caso de não saber/não poder assinar.)

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

**O presente formulário pode ser apresentado:**

1. presencialmente, pela própria pessoa ou por terceiro, no Centro de Avaliação Geral de Reabilitação do Instituto de Acção Social (Endereço: Istmo de Ferreira do Amaral, n.º 25, Lei Tat San Chun, Fase 2, 2.º andar); ou
2. por correio (Endereço: Istmo de Ferreira do Amaral, n.º 25, Lei Tat San Chun, Fase 2, 2.º andar); ou
3. num dos equipamentos designados, que actuam nas áreas de reabilitação e de apoio a idosos, que, por seu turno, o remete ao IAS; (Consultar o Formulário de Pedido / de Actualização de Dados relativo ao Subsídio para Cuidadores, do qual consta a lista dos respectivos equipamentos).

**A preencher pelo Instituto de Acção Social / Equipamentos de reabilitação e de apoio a idosos**

Instituto de Acção Social                       Equipamentos de reabilitação e de apoio a idosos

Nome da pessoa que recebe o pedido (em letra legível):

N.º do trabalhador:

Data de recepção do pedido: \_\_\_\_\_ (dia)/ \_\_\_\_\_ (mês)/ \_\_\_\_\_ (ano)

Pessoa que apresenta o pedido:

Pessoa cuidada / Membro do agregado familiar. Especificar: \_\_\_\_\_;

Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

Assinatura da pessoa que recebe o pedido e carimbo da entidade que recebe o pedido: