

ABERTAS CANDIDATURAS

AO PROGRAMA “APOIO NA INCONTINÊNCIA” – 2024

O Programa ‘Apoio na Incontinência’ é um projeto integrado no ‘Plano de Ajuda’ da Alzheimer Portugal e tem sido financiado pela verba angariada por parte da Associação, donativos e outros projetos pontuais.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Ter diagnóstico de Doença de Alzheimer ou de outra forma de demência;
- Ter situação de incontinência comprovada por médico assistente;
- Ter rendimentos baixos;
- Ser associado, com as quotas pagas incluindo 2024;
- Preencher a respetiva ficha de candidatura e apresentar os comprovativos requeridos;
- Cumprir o prazo definido para a entrega da candidatura;
- Estar entre os primeiros candidatos que cumpram os anteriores critérios (o número de beneficiários é determinado pela verba angariada através de donativos e outros projetos pontuais).

As candidaturas estão sujeitas a avaliação social.

COMO PODE ADERIR

Envie a Ficha de Candidatura até ao dia 15 de julho de 2024, devidamente preenchida e

assinada para a Sede ou Delegação da sua área de residência.

Distritos abrangidos pela Delegação Norte: Porto, Viana do Castelo, Bragança, Vila Real, Braga. Distritos abrangidos pela Sede: Lisboa, Setúbal, Portalegre, Beja, Évora. Distritos abrangidos pelo Núcleo do Ribatejo: Santarém.

1. Envie juntamente com a Ficha de Candidatura os seguintes documentos, mesmo que já os tenha apresentado em anos anteriores: documento comprovativo de rendimento por cada elemento do agregado familiar, declaração de IRS entregue no ano de 2024, referente aos rendimentos do ano de 2023 ou fotocópia do talão anual, recebido em Janeiro de 2024, da Pensão ou Declaração detalhada emitida pela Segurança Social, que faça referência à situação atual de cada elemento do agregado familiar. Se auferir algum rendimento, o valor deverá estar patente na declaração enviada.

2. Para os utentes cujo rendimento mensal individual não ultrapasse os 820€* requisita-se uma declaração, emitida pela Repartição de Finanças, com o intuito de confirmar a ausência de entrega da Declaração de IRS do ano de 2023.

* Salário Mínimo Nacional referente ao ano de 2024.

3. Cópia dos recibos das despesas fixas referentes ao mês anterior à candidatura, como por exemplo, a renda da casa ou prestação de habitação e faturas de água, luz, gás, telefone fixo. Pode ainda juntar recibos das despesas de saúde, em caso de medicação específica;

4. Declaração do médico assistente em relação ao estado de saúde e, neste caso, atestando a situação de incontinência. (Candidaturas ao PAI realizadas em anos anteriores não necessitam de entregar atestado de saúde. Apenas é obrigatório apresentar na primeira vez que se candidata).

5. Declaração emitida pela Junta de Freguesia da área de residência que venha comprovar a composição do agregado familiar, indicado no ponto 3.1 da ficha de candidatura;

6. Cópia de B.I. ou Cartão de Cidadão de cada um dos elementos que compõem o agregado familiar.

AValiação

Todos os processos serão analisados de acordo com a sua ordem de chegada.

Apenas serão contempladas as candidaturas que cheguem à Alzheimer Portugal até à data referida (15-7-2024), não devendo ser considerada a data dos correios, mas sim a data de entrada na Associação.

Quanto às respostas, serão emitidas assim que nos sejam enviados todos os dados necessários para essa mesma análise. As respostas a todas as candidaturas serão enviadas por carta, para a morada do associado.

CANDIDATURA AO PROGRAMA "APOIO NA INCONTINÊNCIA" 2024

a preencher pela Alzheimer Portugal

CANDIDATURA N.º: _____ ESTADO : _____ FASE: _____

ORIGEM : SEDE ☐ DEP. SERVIÇOS LISBOA ☐ NÚCLEO RIBATEJO ☐ CENTRO ☐
NORTE ☐ CASA DO ALECRIM ☐ NÚCLEO DO ALGARVE ☐ OUTRA _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

1.1 Nome _____
1.2 Morada _____
1.3 Localidade _____ 1.4 Código Postal _____ - _____
1.5 Telefone _____ 1.6 Telemóvel _____
1.7 E-mail _____ 1.8 N.º Associado _____

2. CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA COM DEMÊNCIA

2.1 Nome _____
2.2 Morada _____
2.3 Localidade _____ 2.4 Código Postal _____ - _____
2.5 Relação com o Associado _____
2.6 A pessoa sofre de incontinência? SIM ☐ NÃO ☐
2.7 Qual o tamanho da fralda? S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐ 2.8 Qual o tamanho da cueca fralda? S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐
2.9 Qual o tamanho de resguardo? 60/60cm ☐ 60/90cm ☐ 180/90cm ☐

3. RENDIMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR

3.1 Identificação

Indique o nome de todos os elementos do agregado familiar que vivem em economia comum com a pessoa com doença, mesmo os que não têm rendimentos.

N.º	Nome	B.I ou Cartão do Cidadão	Parentesco	Data de Nascimento	Valor Mensal Líquido dos Rendimentos	Origem dos Rendimentos*
1						
2						
3						
4						
5						
6						

*trabalho; pensões de reforma; pensões de invalidez; pensões de sobrevivência; rendimento mínimo; outros.

3.2 Identifique o subsistema de Segurança Social / Serviço de Ação Social da Pessoa com Demência:

SNS ☐ ADSE ☐ ADM ☐ SAD/PSP ☐ SAD/GNR ☐ PT-ACS ☐ SAMS ☐ OUTRO: _____

4. IDENTIFICAÇÃO DAS DESPESAS FIXAS DA PESSOA COM DEMÊNCIA

NOTA: Deverá ser apresentada cópia dos recibos das despesas identificadas, relativamente ao mês anterior à candidatura.

Renda: _____, __€ Telefone fixo: _____, __€ Eletricidade: _____, __€
Água: _____, __€ Gás: _____, __€ Medicamentos específicos: _____, __€

Declaro que as informações constantes na ficha de candidatura correspondem à verdade.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Associado (conforme B.I. ou Cartão do Cidadão)

Depois de preenchida e assinada, a ficha de candidatura deverá ser enviada e entregue juntamente com a documentação solicitada para a Sede, Delegação e Núcleo da sua área de residência (consulte as moradas em alzheimerportugal.org ou contacte-nos diretamente).

