



Programa de Assistência Domiciliária Notificação de Inelegibilidade

Requerente:

Ponto de Acesso aos Serviços de Envelhecimento (ASAP):

Após termos passado em revista o seu formulário de inscrição, chegámos à conclusão de que não é elegível para receber serviços do Programa de Assistência Domiciliária (Home Care Program) por motivos de:

- ☐ idade
- ☐ nível de Enfraquecimento Funcional [Functional Impairment Level (FIL)]
- ☐ situação de necessidade
- ☐ situação financeira
- ☐ outros (explicar): _____

Assiste-lhe o direito de recorrer desta decisão.

Administrador/a do caso: _____

Data: _____

Número de telefone: _____

Em anexo: Direito de Recurso
 Pedido de Revisão