

## CARATERIZAÇÃO DE EQUIPAMENTO SOCIAL

## CANDIDATURA - PEDIDO DE PARECER DE PRIORIDADE SOCIAL

Parecer a emitir pelo ISS/IP, nos termos e para os efeitos previsto na Deliberação n.º 46/2015, de 20.05.2015, da CIC

## I - IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO DE INVESTIMENTO CANDIDATO

PROGRAMA OPERACIONAL:

OBJETIVO TEMÁTICO:

PRIORIDADE DE INVESTIMENTO:

(A preencher pelos serviços do ISS/IP)

Código Candidatura

Data do Pedido

## II - DADOS GERAIS DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA

## 1. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA

Nome ou designação social

Domicílio (sede social)

Localidade

Cód. Postal

Distrito

Concelho

Freguesia

NUTS III

Telefone 1

Telefone 2

Fax

E-Mail

Nº Identificação Segurança Social (NISS)

Código Rep. Finanças

Nº Identificação Fiscal (NIPC ou NIF)

Nome Rep. Finanças

Natureza Jurídica

Data Registo DGSS

(se aplicável)

Publicação no D.R. n.º

Série

Página(s)

Data

(se aplicável)

## III - DADOS GERAIS DO PROJETO DE INVESTIMENTO CANDIDATO

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO DE INVESTIMENTO

## 1.1 Designação do projeto de Investimento / Equipamento Social a Intervencionar

Domicílio (Equipamento Social)

Localidade

Cód. Postal

Distrito

Concelho

Freguesia

NUTS III

**1.2 Responsável pelo Projeto de Investimento:**

Nome

Telefone

Cargo

E-mail

## 2. INDICADORES DO PROJETO DE INVESTIMENTO

### 2.1 Tipologias de Intervenção (assinalar as opções aplicáveis ao Equipamento Social a Intervencionar)

#### Infraestruturas:

- Obras de Construção de Raiz ☐ SIM ☐ NÃO
- Obras de Ampliação ☐ SIM ☐ NÃO
- Obras de Remodelação e Adaptação ☐ SIM ☐ NÃO
- Obras de Remodelação e Ampliação ☐ SIM ☐ NÃO
- Aquisição de Edifício ou Fracção ☐ SIM ☐ NÃO

#### Outras:

- Equipamento Móvel ☐ SIM ☐ NÃO
- Projetos Técnicos ☐ SIM ☐ NÃO
- Fiscalização ☐ SIM ☐ NÃO

### 2.2 Caracterização do Projeto de Investimento (assinalar as opções aplicáveis ao Equipamento Social a Intervencionar)

- Introdução de nova(s) resposta(s) social(s) ☐ SIM ☐ NÃO
- Aumento de capacidade em resposta(s) social(s) já existente(s) ☐ SIM ☐ NÃO
- Remodelação e reabilitação de resposta(s) social(s) já existente(s) ☐ SIM ☐ NÃO
- Reconversão de resposta(s) social(s) no limite, suprimidas e criação de nova(s) resposta(s) social(s) ☐ SIM ☐ NÃO
- Intervenção associada a deslocalização de resposta(s) social(s):  
(transferência de utentes de equipamento inadequado sem possibilidades de remodelação e/ou adaptação à legislação em vigor) ☐ SIM ☐ NÃO
- No Equipamento Social existe(m) resposta(s) social(s) que não serão intervencionada(s) ☐ SIM ☐ NÃO

## 3. INDICADORES DE REALIZAÇÃO FÍSICA

### 3.1 Indicadores de Realização Física do Projeto de Investimento / Equipamento Social a Intervencionar

Resposta Social		Número de Lugares					
		Resposta Existente	Nova Resposta	Existentes sem Intervenção	Remodelar	Criar	Total
1		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM				0
2		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM				0
3		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM				0
4		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM				0
5		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM				0
6		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM				0

### 3.2 Resposta(s) Social(s) desenvolvida(s) com Acordo de Cooperação no Equipamento Social a Intervencionar ou a Deslocalizar\*

Resposta Social		Respostas Sociais com Acordo de Cooperação		N.º do Acordo de Cooperação	Data Celebração Acordo de Cooperação	Data da Última Revisão Acordo de Cooperação	Capacidade do Acordo de Cooperação (n.º utentes)	Utentes Abrangidos em Acordo de Cooperação
		NÃO	SIM					
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

3							
4							
5							
6							

*\* A Deslocalizar - resposta(s) social(s) com acordo de cooperação celebrado, cujos utentes serão transferidos para o Equipamento Social a Intervencionar, considerando que as instalações onde eram desenvolvida(s) serão encerradas.*

**3.3 Resposta(s) Social(s) desenvolvida(s) sem Acordo de Cooperação no Equipamento Social a Intervencionar ou a Deslocalizar\***

- No Equipamento Social a Intervencionar existe(m) resposta(s) social(s) a funcionar sem acordo de cooperação?

☐

SIM

☐

NÃO

- Em Caso Afirmativo, preencha o quadro seguinte:

Licenciamento do Funcionamento do Equipamento Social a Intervencionar			
Resposta Social	N.º da Licença de Funcionamento	Data da Licença de Funcionamento	Capacidade Autorizada (n.º utentes)
1			
2			
3			
4			
5			
6			

\* A **Deslocalizar** - resposta(s) social(s) com acordo de cooperação celebrado, cujos utentes serão transferidos para o Equipamento Social a Intervencionar, considerando que as instalações onde eram desenvolvida(s) serão encerradas.

**3.4 Outras Informações Complementares**

- Estimativa do custo da obra a realizar (valor em Euros, sem IVA)

0,00 €

- Data prevista de início da realização do Projeto de Investimento

- Data prevista de conclusão da realização do Projeto de Investimento

**4 - BREVE DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO DE INVESTIMENTO CANDIDATO**

(Caraterizar sinteticamente o projeto de investimento) \*

\* Caso o projeto de investimento corresponda apenas à remodelação, beneficiação, reabilitação ou adaptação de um Equipamento Social, contribuindo para a melhoria das condições de instalação e funcionamento da(s) resposta(s) social(s) e não implique um aumento da(s) respetiva(s) capacidade(s) instalada(s) na(s) resposta(s) social(s), a fundamentação deve incidir nos seguintes aspetos:

- O número de anos do edifício;
- O estado de degradação e infraestruturas;
- A modernização e o ajustamento das infraestruturas às necessidades presentes e futuras;
- Necessidade de remodelação e adaptação das infraestruturas assegurando o acesso a todos os cidadãos, independentemente das respetivas capacidades motoras.

Ano de Construção do Equipamento Social

Data da Licença de Utilização

Ano da última intervenção no Equipamento Social

**IV - COMPROMISSO E CERTIFICAÇÃO DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA**

- Declaro que são verdadeiras as informações constantes no presente documento e não omito qualquer informação relevante.

Data

(Dia)	(Mês)	(Ano)

Assinatura \*

\_\_\_\_\_

*(\*) Assinatura e carimbo de quem tenha poderes para obrigar a entidade e competências para o ato.*

*Para o esclarecimento de qualquer dúvida ou questão relacionada com o preenchimento, contacte o Gabinete de Planeamento e Estratégia (GPE) do Instituto da Segurança Social, I.P.*

- Telefone: 300 510 997

- E-Mail: [ISS-GP@seg-social.pt](mailto:ISS-GP@seg-social.pt)